

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma nº 5**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção À Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial  
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBSF Maria Venusário, Iranduba/AM**

**Iasmin Sant' Anna Machado**

**Pelotas, 2015**

**lasmin Sant' Anna Machado**

**Melhoria da Atenção À Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial  
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBSF Maria Venusário, Iranduba/AM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família EaD da Universidade Federal de  
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta  
do SUS, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador (a): Daiane dos Santos Borges de Paula Barros

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

M149m Machado, Iasmin Santanna

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da Ubsf Maria Venusário, Iranduba/AM / Iasmin Santanna Machado; Daiane dos Santos Borges de Paula Barros, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

83 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Barros, Daiane dos Santos Borges de Paula, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Aos usuários, à equipe da Unidade Básica de Saúde Maria Venusário – Lago do Limão, a Daiane S. B. P. Barros: melhor orientadora que eu poderia pedir e à minha linda família, por seu amor e cuidado.

## **Resumo**

MACHADO, Iasmin Sant' Anna. **Melhoria da Atenção À Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBSF Maria Venusário, Iranduba/AM.** 2015. 81f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A atenção à saúde dos Hipertensos e Diabéticos é de fundamental relevância no campo da prevenção de complicações das doenças crônicas, cada vez mais recorrentes e para uma melhor qualidade de vida destes usuários. O trabalho de conclusão de curso mostra a vivência da intervenção realizada Unidade Básica de Saúde Maria Venusário – Lago do Limão, no período de fevereiro a maio de 2015 com 60 hipertensos e 22 diabéticos adscritos à área. O foco da intervenção foi a melhoria do acompanhamento destes usuários, tendo como guias os Cadernos de Atenção Básica produzidos pelo Ministério da Saúde. Mediante análise situacional criteriosa, constatou-se que havia necessidade de melhoria da cobertura, já que no momento não havia registros deste indicador, partimos do zero (0%), pois, o acompanhamento destes usuários não era realizado de maneira sistemática, os atendimentos eram pontuais, oferecidos conforme a procura. Havia escassez de registros adequados, ausência de monitoramento, planejamento, busca ativa, além da falta de adequação do cuidado aos protocolos do Ministério da Saúde. Após a intervenção, houve melhorias importantes, como a implantação da ficha espelho, ampliação da cobertura do cuidado ao Hipertenso e/ou Diabético, alcançando 30% (60) de usuários hipertensos e 45% (22) diabéticos (em uma população de 1303 usuários), e melhoria nos indicadores de qualidade relativos à coleta de exames laboratoriais, atendimento de saúde bucal, realização de busca ativa, avaliação de risco, dentre outras. De modo geral, a intervenção representou um grande avanço do serviço de atenção à saúde, não apenas deste grupo, mas estendendo-se a todos os outros usuários da comunidade; o vínculo com a equipe e com os usuários foi fortalecido e pudemos promover a quebra de vários paradigmas e comportamentos habituais, contribuindo para a melhoria da qualidade e cobertura de nossas ações.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde; Saúde da família; Hipertensão; Diabetes; Doença Crônica.

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico: Cobertura do programa de atenção á saúde do Hipertenso na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.	50
Figura 2	Gráfico: Cobertura do programa de atenção á saúde do Diabético na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.	51
Figura 3	Gráfico: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.	52
Figura 4	Gráfico: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.	52
Figura 5	Gráfico: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.	53
Figura 6	Gráfico: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.	53
Figura 7	Gráfico: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.	54
Figura 8	Gráfico: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.	54
Figura 9	Gráfico: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.	55
Figura 10	Gráfico: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.	56
Figura 11	Gráfico: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.	56

Figura 12	Gráfico: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.	57
Figura 13	Gráfico: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.	58
Figura 14	Gráfico: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.	58
Figura 15	Gráfico: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.	59
Figura 16	Gráfico: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.	59
Figura 17	Gráfico: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.	60
Figura 18	Gráfico: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.	61
Figura 19	Gráfico: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.	61
Figura 20	Gráfico: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.	62
Figura 21	Gráfico: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Maria Venusário – Lago do Limão	62
Figura 22	Gráfico: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.	63
Figura 23	Gráfico: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.	63

### Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de especialidades odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Educação À Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSA	<i>Prostate Specific Antigen</i> (Antígeno Prostático Específico)
SAME	Serviço de arquivo médico e estatística
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISREG	Sistema de Regulação
TCC	Trabalho de Conclusão do Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS



## Sumário

<b>Apresentação.....</b>	<b>8</b>
<b>1 Análise Situacional.....</b>	<b>10</b>
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	16
<b>2 Análise Estratégica.....</b>	<b>19</b>
2.1 Justificativa .....	19
2.2 Objetivos e metas .....	20
2.2.1 Objetivo geral .....	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.3 Metodologia .....	20
2.3.1 Detalhamento das ações .....	20
2.3.2 Indicadores .....	33
2.3.3 Logística .....	36
2.3.4 Cronograma.....	43
<b>3 Relatório da Intervenção .....</b>	<b>44</b>
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	43
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	46
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	47
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	48
<b>4 Avaliação da intervenção.....</b>	<b>49</b>
4.1 Resultados.....	49
4.2 Discussão .....	64
<b>5 Relatório da intervenção para gestores .....</b>	<b>68</b>
<b>6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....</b>	<b>71</b>
<b>7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....</b>	<b>74</b>
<b>Referências .....</b>	<b>76</b>
<b>Anexos. ....</b>	<b>77</b>

## **Apresentação**

O presente volume consiste no Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Especialização em Saúde da Família – Modalidade Educação à Distância (EAD) promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Realizou-se uma intervenção direcionada à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, na comunidade Lago do Limão, município de Iranduba, AM.

O trabalho está organizado em sete capítulos: Análise da Situacional, Análise Estratégica, Relatório da Intervenção, Avaliação da Intervenção, Relatórios para Gestão e Comunidade e por fim reflexão sobre o processo de aprendizagem.

A análise Situacional apresenta uma breve análise inicial da Situação da UBS em nosso Serviço. Em seguida, faz uma análise mais aprofundada e sistemática da unidade de saúde onde se desenvolve o trabalho em relação ao sistema de saúde do município de Iranduba/AM, às características da população, à estrutura da unidade, o processo de trabalho da equipe de saúde e o engajamento público, apresentada no Relatório de Análise Situacional. Por fim, é realizado um comparativo entre o texto inicial e o relatório da Análise Situacional, identificando as mudanças ocorridas com o processo de análise do funcionamento da unidade.

A Análise Estratégica compreende o projeto de intervenção, com a justificativa da escolha do foco de intervenção, os objetivos e metas traçados, a metodologia (ações detalhadas, indicadores e logística) e o cronograma do projeto, o qual foi tomado como base para o desenvolvimento da intervenção

O relatório de intervenção foi escrito ao final das 12 semanas de intervenção, fazendo o balanço entre as ações realizadas, as ações não realizadas, as dificuldades encontradas e o grau de implementação da intervenção à rotina da UBS.

A Avaliação da Intervenção apresenta os resultados obtidos com a intervenção e a discussão desses resultados.

Em seguida são abordados os relatórios que foram apresentados à gestão e à comunidade. Também é apresentado a Reflexão Crítica Sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem. Por fim, colocamos as referências e anexos.

## 1 **Análise Situacional**

### 1.1 **Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Meu trabalho se desenvolve em um município do estado do Amazonas chamado Iranduba, em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) da Comunidade do Lago do Limão, situada na zona rural do município chamada Maria Venusário (Maria Venusário, foi uma profissional da área de saúde que atendia a comunidade, assistindo vários partos, ajudando os doentes quando não havia médicos e adquiriu a confiança e o respeito da comunidade), que conta com uma Equipe de Saúde da Família.

Neste momento a unidade encontra-se em fase de ampliação, que já enfrenta um atraso de mais de um ano, pois a empresa contratada para a obra foi substituída e até o momento aguarda-se o processo licitatório. Temos uma equipe com 3 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), recepção com SAME (serviço de arquivo médico e estatística), farmácia, odontologia funcionando sem manutenção há alguns meses, por isso está realizando apenas extração e limpeza; uma sala para triagem, pequenos procedimentos e inalação, uma copa, um banheiro funcionando e outro interditado, um consultório de enfermagem, um consultório médico, uma sala de microscopia para pesquisa de *Plasmodium* e as cadeiras para espera ficam no corredor central. O sistema é de demanda espontânea, pré-natal na sexta e demais atendimentos como o de hipertensos e diabéticos é realizado de acordo com a procura, em qualquer dia. Grande parte da população da zona rural utiliza esta unidade, por ser a única que possui médico com regularidade, por isso há dificuldade em retirar o excesso de demanda espontânea.

A distribuição de medicamentos é insuficiente, frequentemente os usuários têm que se deslocar até a central de medicamentos, às farmácias populares na capital (cerca de 50 km) ou comprá-los na sede do município. Mas a maior dificuldade é com exames, no momento os usuários precisam marcá-los pelo Sistema de Regulação (SISREG) e fazer na capital ou em laboratórios particulares, não há dosagem de creatinina, frações de colesterol, bilirrubina, proteinúria de 24h e outros exames básicos no município.

A equipe, em geral é muito boa e acolhedora, mas a começar pela gestão, há um certo desconhecimento de protocolos. Por exemplo, com muita boa vontade o coordenador geral da Atenção Primária em Saúde (APS) do município comprou centenas de kits de Antígeno Prostático Específico (PSA) achando que eram testes rápidos de câncer prostático e fez um mutirão para "rastreamento" da doença, ignorando completamente o exame digital (lembrando que há um urologista

atendendo no município). Depois percebi que a finalidade daquilo foram as fotos e o *marketing*.

Contamos ainda com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) muito acessível desde o início, na minha chegada ao município; o coordenador (fonoaudiólogo) que me recebeu por um contato em rede social, pois a secretaria e a prefeitura eram incomunicáveis.

O perfil de morbidade da população consiste em agravos de natureza crônica, principalmente a Hipertensão Arterial e o Diabetes, doenças ginecológicas, doenças osteomusculares, sobretudo as de ordem ocupacional (há uma grande quantidade de olarias e frigoríficos no município), as afecções dermatológicas e as de vias aéreas.

A área é formada de pessoas, em sua maioria, dependentes de programas assistenciais do governo, como o Bolsa Família e de trabalhadores das olarias, funcionários públicos, agricultores e pescadores.

A relação da equipe com a comunidade é tecnicamente satisfatória, apenas carece de um estreitamento maior, em função da grande demanda da unidade fica um pouco mais difícil que a equipe conheça e acompanhe a todos. Percebo o estabelecimento de atitudes solidárias e de acolhimento que vão além da estrita competência da equipe, o que mostra uma vontade de contribuir. Além disso, há muita criatividade e esforço para superar as muitas limitações encontradas.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Iranduba está localizado no Estado do Amazonas e possui cerca de 45 mil habitantes (segundo informações da secretaria municipal de saúde, os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estariam desatualizados), com um contingente de 18 Unidades, incluindo a do Distrito do Cacaú Pirêrae as unidades rurais bastante afastadas de sede. Todas estas unidades contam com equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), inclusive a de Referência, que agrega também serviços de Atenção secundária.

O sistema de saúde do município de Iranduba/AM conta com uma rede de Unidades Básicas de Saúde (UBS) empenhadas na consolidação da ESF, estima-se que todas as Unidades já estejam funcionando conforme o modelo excetuando-se a Unidade de Referência Dr. Lourenço Borghe que ainda passa por um processo de estruturação dos serviços oferecidos.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é bastante atuante no município, apesar do pequeno número de profissionais, conseguimos contar com a sua presença constante em todas as unidades e nas comunidades mais isoladas do município. Não há, até o momento, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), a população é assistida pelas equipes de sua área de abrangência quando contam com o profissional Odontólogo e quando não existe este profissional, o usuário é encaminhado à outra área.

A atenção especializada funciona na prática por duas vertentes: a primeira oferecida pelo próprio município, que pela grande necessidade apresentada assumiu a responsabilidade pela contratação de alguns especialistas. São eles: Ortopedista, Neurologista, Oftalmologista, Urologista e mais recentemente uma Ginecologista e Obstetra que fará atendimentos quinzenais agendados.

A outra forma de acesso à atenção especializada se dá pela marcação de consultas e exames pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG), na qual o usuário deve dirigir-se à sede do município, na Secretaria de Saúde e através de encaminhamento realizar a marcação do serviço que é oferecido na capital do estado, Manaus.

O único Hospital do município, Hilda Freire está localizado próximo ao centro da cidade, realizando atendimento de urgência e emergência 24 horas e internação hospitalar. Foi implantado recentemente o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), complementando o cuidado nos casos de dificuldades de acesso ao serviço.

Há na cidade dois laboratórios; no Distrito do Cacau Pirêra e no Centro de Referência Dr. Lourenço Borghe, para exames básicos, embora não disponibilizem alguns exames considerados fundamentais como a Creatinina sérica, por exemplo. Em relação a exames de imagem, a cidade conta com um aparelho de Ultrassonografia no Dr. Lourenço Borghe e de Radiografia no Hospital citado anteriormente.

É relevante ainda, a inexistência de um serviço Pediátrico especializado no município, um elemento fundamental para a vida da população. Um Clínico Geral, profissional da medicina que mais atende o usuário na APS, domina a Pediatria tanto quanto a Obstetrícia, no entanto é comum a pressuposição de que a primeira área necessite de um especialista e a segunda não.

A UBS em que atuo, Maria Venusário, fica em uma **área rural**, afastada da sede do município a aproximadamente 30 km. Está vinculada ao programa Estratégia Saúde da Família, não estando atrelada a nenhuma instituição de ensino. Há nesta unidade apenas uma equipe composta de três ACS, duas Auxiliares de Serviços Gerais, duas Auxiliares Administrativas, um Técnico de Enfermagem, um Técnico de Endemias, uma médica, uma Odontóloga, uma auxiliar de consultório odontológico, uma Enfermeira e uma Diretora. O seu horário de funcionamento é de 7h às 17h, das segundas às sextas-feiras.

Sua estrutura física passa por mudanças, a Unidade iniciou um processo de reforma e ampliação; no momento consiste em uma casa dividida em sala para acolhimento, recepção, serviço de arquivo médico e estatística(SAME)e Almojarifado; sala para triagem, sala de vacinação e pequenos procedimentos; Farmácia com refrigeração; consultório Odontológico, um consultório para atendimento médico e de enfermagem, uma sala para microscopia (Pesq. *Plasmodium*), uma sala para a gerência, uma copa e dois banheiros.

As maiores deficiências que identificamos são a falta de uma sala para inalação e de um segundo consultório para que o profissional de enfermagem atenda simultaneamente com o médico. Estas deficiências provavelmente serão sanadas com a ampliação da UBS. Consideramos como ponto positivo a acessibilidade, todas as dependências são facilmente acessadas por pessoas com deficiência.

O processo de trabalho na UBS ainda funciona de forma muito rudimentar e intuitiva, de forma que os pontos positivos estão condicionados às virtudes pessoais dos profissionais, como a diligência e o acolhimento humanizado e não têm relação com a adequada estruturação do serviço; nossa equipe não consegue ter um controle dos registros e dos processos de maneira geral, não há agendamento, apenas demanda espontânea.

Não há um entendimento sobre o correto funcionamento do serviço, o fisiologismo e troca de favores ainda é muito presente, não se sabe, por exemplo, as indicações e critérios de inclusão de um usuário para visita domiciliar.

No tocante às funções de enfermagem lidamos com uma grande dificuldade, praticamente não há a presença deste profissional em nossa unidade e suas atribuições acabam por ser divididas entre o médico e técnico de enfermagem ou simplesmente inexistirem.

Essa ausência de registros e critérios de atendimento deixa a população vulnerável a falhas e prejulgamentos; bem como a falta da enfermagem quase que descaracteriza o papel da UBSF.

Há uma expectativa de que consigamos realizar nas reuniões, pequenos treinamentos com as ACS para que se conheça, aos poucos, os critérios de inclusão na visita médica domiciliar, os benefícios do sistema de agendamentos, se for acordado que é o melhor; alguns protocolos, classificações de risco, melhorias dos sistemas de registro, entre outros. Quanto à enfermagem, de acordo com a Coordenação da APS, teremos um remanejamento de profissional nos próximos dias.

A área adstrita à UBS Maria Venusário é composta de 1303 habitantes e por tratar-se de uma área turística, grande parte destes habitantes e proprietários de imóveis e loteamentos passam a semana na capital do estado e aos finais de semana se deslocam para a área, não se sabe ao certo o número destes. A população é em sua maioria jovem e do sexo masculino, há uma grande parcela de emigrantes, filhos de comunitários que se deslocam para estudar ou trabalhar em Manaus.

Consideramos que o tamanho *per si* da equipe tem sido adequado e atendido as demandas da comunidade até o momento; se desconsiderarmos a ausência da enfermeira, na verdade este constitui um fator determinante da falta de qualidade de nosso atendimento. Para viabilizar este atendimento, segundo a Coordenação de APS será feito o remanejamento desta profissional, como supracitado.

A demanda espontânea constitui a única modalidade de atendimento na UBSF, não há nenhuma forma de agendamento e nem estratificação de risco no acolhimento. Uma grande parcela da demanda poderia ser facilmente resolvida pela enfermagem ao até mesmo por serviço técnico, sem ser necessária a consulta médica e grandes esperas.

Um esquema de ações programáticas poderia ser implementado, para que houvesse um dia para cada ação, melhorando a qualidade dos registros destas ações, resultando em melhora da qualidade da abordagem. Outro aspecto importante a ser discutido é a utilização de indicadores de qualidade nos atendimentos e protocolos para os mesmos; o sistema de agendamento de consultas também seria um ponto a ser apresentado.

Da mesma forma, as tarefas de menor complexidade ou de cunho holístico devem ser divididas entre os profissionais, para que o médico não fique sobrecarregado, como acontece atualmente em nosso serviço.

As ações de atenção à **SAÚDE DA CRIANÇA** são realizadas de forma pontual em resposta à demanda espontânea, não há estruturação programática; nenhum protocolo ou manual técnico é utilizado de maneira sistemática. Os registros são feitos no prontuário, como em todas as demais consultas e procedimentos, excetuando-se a vacinação, que tem registro específico. Fora isso, não há qualquer ação direcionada para estes usuários.

Esta forma de atendimento tem a vantagem da comodidade para as mães e tutores das crianças em recorrerem a consultas a qualquer hora, como em um pronto atendimento. As desvantagens são inúmeras; provoca descontinuidade do cuidado, descontrole da eficácia desta cobertura, falhas no próprio atendimento pela falta de protocolos, excesso de atendimentos médicos em casos multidisciplinares, falha de monitoramento e os intermináveis prejuízos causados pela ausência da educação em saúde que geralmente é realizada nestas oportunidades.

Segundo dados do Caderno de Ações Programáticas (CAP) é estimado 27 crianças menores de um ano na unidade. Contudo, não foi possível o preenchimento dos dados do CAP devido à ausência de registros e de uma liderança técnica na unidade que pudesse sanar essa dificuldade. Os livros de ações programáticas encontram-se apenas com as capas, por dentro estão em branco, quando não estão perdidos.

Quando perguntados acerca da cobertura, ações e números, os membros da equipe sempre desconversam ou fornecem dados duvidosos, de fontes desconhecidas, com a Secretaria tive a mesma limitação. Não se sabe sequer o contingente populacional atualizado do município.

As ações de atenção ao **PRÉ NATAL E PUERPÉRIO** também não têm sido realizadas de forma estruturada, mas têm obedecido a alguns critérios técnicos preconizados pelo Ministério da Saúde (MS), embora não exista um registro específico, há um controle intuitivo das ACS sobre o número e a situação das gestantes da comunidade, o que mesmo assim demonstra a fragilidade do sistema empregado; por enquanto a comunidade é pequena, mas no momento em que houver uma expansão demográfica este sistema provavelmente entrará em colapso.



A adesão da população é satisfatória, as gestantes conhecem a importância do pré-natal e com raras exceções não comparecem às consultas agendadas. Muitas gestantes iniciam o pré-natal após o primeiro trimestre, os exames básicos são solicitados, mas há uma grande dificuldade de realizá-los em sua totalidade e em tempo hábil. A suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico algumas vezes não é oferecida; outra grande limitação é a falta da consulta de enfermagem. Os demais serviços ligados aos indicadores de qualidade têm funcionado com eficiência.

De acordo com o CAP há uma estimativa de 19 gestantes na área (1,5% da população total). Referente ao puerpério, também não tivemos acesso a nenhum registro que pudesse nos fornecer a informação de quantas usuárias foram atendidas após o parto nos últimos 12 meses. Mesmo porque os prontuários são organizados por área, sem qualquer sinalização referente a grupo alvo, o livro da ação também estava em branco. Uma funcionária comentou depois, que a fiscalização do PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) olhava apenas as capas dos livros.

As atividades de educação em saúde não são realizadas de forma sistemática, apenas em consultas e esporadicamente em visitas do NASF, bem como registros, monitoramento e planejamento das ações, que precisam ser discutidos.

Em relação à **PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA** detectamos mais um aspecto de grande vulnerabilidade, não está sendo realizada a coleta do material para exame colpocitológico na unidade, esse serviço está sendo oferecido eventualmente quando contamos com a presença da enfermeira, na maioria das vezes, quando isso não é viável, encaminhamos as usuárias para realizar a coleta na Unidade Dr. Lourenço Borghe, aproveitando a oportunidade em que já farão exames de rotina nesta unidade.

Temos realizado exame físico e solicitações sistemáticas de mamografias para usuárias acima de quarenta anos para o rastreamento do Câncer de mama; não contamos com um registro específico para isto e nem planejamentos e monitoramento de ações específicas. Os demais membros da equipe não têm se envolvido de forma direta com quaisquer ações direcionadas a estas usuárias.

Segundo estimativa do CAP, há 276 mulheres com idade entre 25 e 64 anos, que constituem o grupo alvo destas ações. Também não foram encontrados os dados referentes à cobertura e qualidade do serviço.

Da mesma forma, não são realizadas ações direcionadas aos usuários **HIPERTENSOS E DIABÉTICOS** de maneira sistemática, apenas ações eventuais de educação em saúde promovidas pelo NASF. Não há um dia na semana em que este público alvo seja priorizado.

Nosso serviço não adota um protocolo ou Manual e nem realiza registro e monitoramento destas ações. Consequentemente a busca ativa dos usuários Hipertensos e Diabéticos em atraso no acompanhamento não é efetuada.

A estimativa do CAP é que haja 231 maiores de 20 anos com Hipertensão e 66 com Diabetes. Os dados reais para estas ações também não foram viabilizados.

A ação sistemática que oferece atenção à **SAÚDE DA PESSOA IDOSA** não está implementada no serviço, semelhantemente aos hipertensos e diabéticos e muitas vezes em intersecção com estes, o atendimento é realizado conforme a procura dos próprios usuários ou de parentes que solicitam visita domiciliar e outros serviços. Da mesma forma, não há um levantamento sobre quantos idosos existem na comunidade.

Apesar disso, quando são oferecidas vacinas para influenza nas campanhas, os idosos da área recebem as Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa e alguns a utilizam quando comparecem à unidade.

A estimativa do CAP é que haja 110 pessoas idosas na área de abrangência.

A situação da **SAÚDE BUCAL** é razoável na unidade, pois, contamos com uma profissional comprometida que atende diariamente os usuários de diversas comunidades que a procuram e até mesmo da capital, pela carência deste serviço. No entanto não há manutenção adequada do equipamento odontológico, por isso o serviço torna-se inconstante; no momento estamos oferecendo apenas extração, limpeza e promoção de saúde que é inclusive realizada na escola. A odontóloga também faz atendimentos na escola e em visitas domiciliares. Apesar do bom atendimento, verificamos também a ausência de registros deste serviço.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Ficou claro que o conhecimento superficial que eu tinha em relação à situação da saúde no município logo deu lugar, com as ferramentas fornecidas pelo curso, a um domínio maior dos problemas enfrentados pelas equipes e pelas comunidades.

No texto inicial foquei em cumprimento de protocolos, ainda com opinião muito voltada à medicina hospitalar, *guideline*se à medicalização da saúde de modo geral. No segundo, pude direcionar o olhar para uma atuação mais coletiva, voltada para o cumprimento de uma cobertura satisfatória aliada à qualidade do atendimento.

Percebi que a ausência de registros adequados, por exemplo, era talvez a maior fonte de desorganização do planejamento, das ações programáticas e consequentemente da cobertura; e isso diz respeito muito mais ao nosso próprio trabalho do que ao do gestor.

## **2      Análise Estratégica**

### **2.1    Justificativa**

A Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ao Diabetes Mellitus (DM) é ação fundamental na perspectiva da Atenção Primária, uma vez que a prevalência destas morbidades tem crescido nos últimos anos constituindo grave problema de saúde pública em todo o mundo. Os objetivos mais importantes das ações de Saúde em HAS são o controle da pressão arterial e a redução da morbimortalidade causada por essas duas patologias. Portanto, fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas (CAMPBELL et al., 2003; DROUIN et al., 2006; ONYSKO et al., 2006; BONDS et al., 2009)

Nossa Unidade de Saúde passa por uma ampliação de sua estrutura, no momento contamos com uma grande precariedade física e de recursos humanos, a população é reduzida, composta de pessoas com baixa renda e escolaridade. Não há, até o momento, o atendimento de usuários com HAS e DM sendo realizado de maneira sistemática em nossa Unidade, observamos uma dificuldade em relação a este grupo populacional.

A população de diabéticos e hipertensos adstritos à Unidade procura a unidade em caso de agravos à saúde ou para renovação de prescrições. Por esse motivo consideramos que a cobertura atual é de 0% da população alvo, os indicadores de qualidade não puderam ser avaliados; da mesma forma, a promoção de saúde é insipiente, pois ocorre esporadicamente, na presença do NASF ou de forma pontual, nas consultas médicas de demanda espontânea.

Desta forma, a implementação desta ação, por si só, constitui um elemento importante, pois a Ação não existe no contexto e na dinâmica da equipe, que enfrentará dificuldades na adesão de uma população (e a própria equipe) habituada(s) com a medicalização e com a extrema falta de recursos e insumos. O contingente populacional reduzido será um fator de viabilização de nosso trabalho, bem como o envolvimento da equipe; e, uma vez alcançadas as metas, elevaremos a qualidade, o monitoramento e a porosidade dos cuidados em saúde de nossa comunidade pelo grande impacto desta ação para a morbimortalidade deste grupo populacional.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na UBSF Maria Venusário, Iranduba/AM

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

\*Objetivo 1- Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

- Metas

1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos e 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

\* Objetivo 2- Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

-Metas

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

2.2. Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.3. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.4. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

\*Objetivo 3- Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa.

- Metas

3.1. Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

\*Objetivo 4- Melhorar o registro das informações.

– Metas

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

\* Objetivo 5 – Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

- Metas

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

\* Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

- Metas

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

6.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

6.3. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

6.4. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

A intervenção será realizada durante 16 semanas, que se propõe desenvolver ações na UBS Maria Venusário – Lago do Limão, do município de Iranduba/AM. Com objetivo de melhorar a atenção a saúde dos usuários na ação programática Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da área de abrangência. Estimamos que participarão desta intervenção (fazer o cálculo de 60% de hipertensos e/ou diabéticos) com 20 anos ou mais pertencentes à área de cobertura da unidade.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Para alcançar os objetivos propostos nesta intervenção as ações correspondentes a cada objetivo foram organizadas em quatro eixos estruturais:

monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

### **Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos.**

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

##### Ação

- Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Realizar revisões na unidade para acompanhamento da eficácia do cadastramento dos usuários no Programa; sob a responsabilidade da enfermeira da equipe que foi recentemente lotada na unidade.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

##### Ações

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

Detalhamento: Considerando que é um hábito procurar a unidade apenas em casos de doença, aproveitaremos estas oportunidades para realização do cadastro na unidade pela recepcionista, enfermeira ou médica no acolhimento, priorizando estes atendimentos quando possível. As ACS também serão estimuladas à realização dos cadastros na área através de visita domiciliar. Também afixaremos um cartaz na frente da unidade convidando este grupo para o acompanhamento.

##### Ações

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: A unidade já dispõe de tais instrumentos exceto balança antropométrica que será solicitada junto ao Gestor do município pela equipe de saúde através de novo ofício. Também solicitaremos a calibragem periódica dos esfigmomanômetros e o fornecimento de lancetas para realização de hemoglicoteste nos usuários.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

### Ações

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos , pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Contaremos com o protagonismo das ACS, através das visitas domiciliares para informar aos usuários sobre a existência do programa na Unidade de Saúde esclarecendo a necessidade do rastreamento a partir dos 18 anos sem a necessidade de marcação de consulta médica ou de enfermagem, esta informação também estará no cartaz, na frente da unidade. No acolhimento será informada pelo técnico de enfermagem responsável pela aferição da PA na triagem a necessidade do rastreamento para DM em adultos com PA alterada.

Realizaremos palestras na escola e nas igrejas da comunidade sobre os fatores de risco que levam o desenvolvimento ou desencadeamento de HAS e DM. Já temos acesso à escola para estas atividades e conversaremos com os líderes das igrejas para o cumprimento da ação sob a responsabilidade da Médica e da Enfermeira, com auxílio do Técnico de Enfermagem; nos dias e na medida em que houver disponibilidade dessas instituições.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

### Ações

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Realizar reuniões para esquematizar o cadastramento do Programa e fornecer cópia da parte do protocolo que fala sobre a aferição da PA e



da realização do hemoglicoteste em usuários com PA alterada; em seguida discutir o protocolo, cada profissional fica responsável por estudar e ensinar um trecho sugerido pela médica da equipe.

## **Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.**

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

#### Ações

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento: Através da ficha de atendimento que será preenchida em cada atendimento além do prontuário e o livro da Ação de Controle dos Usuários com HAS e DM, a médica e a enfermeira terão condições de monitorar a realização do exame clínico, solicitações de exames laboratoriais e sua periodicidade; bem como o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular a cada quinzena.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

#### Ações

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Em reunião definiremos as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico, desde a triagem até o atendimento médico, os ACS também poderão ser incumbidos de realizar etapas mais simples do exame clínico para aumentar a sensibilidade do rastreamento de complicações. Na oportunidade destas reuniões realizaremos a capacitação necessária com base no protocolo

adotado que será disponibilizado na unidade, estabeleceremos em comum acordo a frequência com que estas capacitações ocorrerão.

#### Ações

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Faremos, a médica e enfermeira, as solicitações de exames complementares inerentes à ação HAS e/ou DM nas consultas programáticas e de demanda espontânea. O integrante da equipe que ficar responsável pela farmácia (a função costuma ser rotativa) realizará controle de estoque e validade dos medicamentos com auxílio de livro de estoque e etiquetas com a validade nas respectivas estantes de medicamentos.

Através das fichas individuais de atendimento, faremos um registro específico dos medicamentos que foram demandados e da sua quantidade a cada quinzena.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

#### Ações

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes; e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Na oportunidade das consultas programáticas e de demanda a enfermeira e a médica executarão estas ações, bem como o técnico de enfermagem na triagem e rastreamentos em maiores de 18 anos sobre os riscos cardiovasculares da HAS e DM. Enquanto ocorrem os atendimentos os ACS poderão, após capacitação, prestar orientações na sala de espera ou em grupos.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Nas consultas médicas e de enfermagem os usuários receberão as orientações sobre o acesso à Farmácia Popular, também levarão consigo o número gratuito responsável por esclarecimentos e denúncias de descumprimentos na dispensação de medicamentos nestas unidades.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

#### Ações

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e do diabetes.

Detalhamento: utilizaremos o protocolo para estudo, discussão e padronização do atendimento e solicitações. Também utilizaremos vídeos didáticos sobre o tema para atualização do serviço médico e de enfermagem, também poderemos sugerir que cada um traga um artigo atualizado sobre o tratamento do DM e HAS.

- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento: Faremos a solicitação de uma pequena palestra na unidade de saúde que deverá ser ministrada pela Assistente Social do NASF para esse fim.

### **Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa.**

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

#### Ação

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Será monitorado através do livro da ação dos usuários com HAS e/ou DM, onde a médica realizará o “checklist” a cada mês de acordo com a lista de inscritos.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

### Ações

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Mensalmente a enfermeira recolherá as fichas individuais de atendimento e o livro de Ação Programática e fará o monitoramento da frequência dos inscritos nas consultas; em seguida organizará de acordo com a disponibilidade das ACS, as visitas domiciliares para realização da busca ativa. Também poderão ser entregues mensagens escritas a fim de “convocar” os faltosos.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

### Ações

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Esta ação contará com a ajuda das ACS, que serão estimuladas a informar e trazer as demandas e dificuldades das famílias em participar do programa, elas serão instruídas sobre a periodicidade recomendada para as consultas e nas reuniões exporão as estratégias sugeridas pela comunidade e por elas para o aumento da adesão. Também serão estimuladas a orientar os usuários na unidade.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

### Ação

- Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Este treinamento será realizado através do estudo do protocolo e sua discussão nas reuniões.

## **Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.**

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

### Ações

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Realizaremos análise semanal da quantidade de fichas preenchidas adequadamente, com todas as informações necessárias, em relação ao número total de atendimentos. Essa análise será realizada pela médica.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

### Ações

- Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: A enfermeira será a responsável por esta ação.

- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

Detalhamento: A médica será responsável por gerar a planilha de acompanhamento.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento registros.

Detalhamento: Na oportunidade da reunião a equipe discutirá a melhor maneira e a médica ficará responsável por monitorizar os registros da ação.

- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Teremos espaços no livro da Ação Programática para que o controle destes registros fique “à mão”.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

### Ações

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Essa informação será afixada na “sala” de espera.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

### Ações

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e do diabético.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: A enfermeira ficará responsável por realizar esta capacitação com a equipe na unidade.

### **Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.**

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

##### Ações

- Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Incluiremos no livro da Ação Programática o registro com a data desta ação.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

##### Ações

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Os usuários considerados como de alto risco terão os seus prontuários sinalizados com uma bandeira vermelha e terão prioridade sempre que procurarem a unidade de saúde, a periodicidade do seu atendimento será ajustada conforme o protocolo e agendada.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

##### Ações

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: O nível de risco de cada usuário será informado no atendimento, faremos (médica, enfermeira e técnico) discussões e esclarecimento

de dúvidas na sala de espera com os usuários nos dias de Ação Programática, que será realizada por áreas.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

#### Ações

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham, de lesões em órgãos alvo e avaliação dos pés no caso dos diabéticos.

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: Faremos exercícios e simulações para esta ação sob a responsabilidade da médica, enfatizando o registro em todos os atendimentos na ficha individual.

- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Assistiremos vídeos sobre o tema e debates com a equipe na unidade.

### **Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

#### Ações

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.

Detalhamento: Na ficha de atendimento incluiremos esta informação com a data do atendimento realizado, esta ação ficará a cargo da enfermeira e da médica.

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Por não contarmos com profissional de Nutrição na unidade e nem no NASF, realizaremos encaminhamentos e cobraremos “feedback” registrando na ficha. Também utilizaremos encontros de HIPERDIA para orientação nutricional pela enfermeira e pela médica, além da orientação em consultório.

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento: Solicitaremos ajuda do NASF, que realiza visitas quinzenais para esta ação e para o seu respectivo registro.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

#### Ações

- Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético.

- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

Detalhamento: Com a boa parceria que temos com a Dentista da equipe poderemos realizar encaminhamentos para o agendamento de acordo com a sua disponibilidade, priorizando estes usuários.

#### Ações

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: faremos exposições de cartazes lúdicos e discussões na sala de espera sobre a alimentação saudável, com lanches e sorteio de brindes. Enviaremos solicitação ao coordenador do NASF para envolvimento de nutricionista neste processo.

#### Ações

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Solicitaremos ao educador físico do Nasf auxílio para esta ação.

#### Ações

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".



Detalhamento: Faremos esta solicitação através de ofício, após aferição da demanda; sob a responsabilidade da médica.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

#### Ações

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.
- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Detalhamento: Faremos contato com a direção da escola, com os líderes das igrejas e outras organizações buscando a parceria para as atividades de promoção de saúde. Responsabilidade da diretora da equipe, técnico de enfermagem e enfermeira.

#### Ações

- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Na oportunidade das reuniões nestas instituições, realizaremos orientações sobre os temas propostos. Responsabilidade da enfermeira e do NASF. Também informaremos os tabagistas sobre a existência do tratamento nestas ocasiões e em todos os contatos que tivermos com estes hipertensos.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

#### Ação

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e do usuário diabético.

Detalhamento: Solicitaremos que a Odontóloga realize a capacitação com a equipe na unidade.

#### Ação

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: Por não dispormos de nutricionista, assistiremos a um vídeo educativo sobre o tema.

#### Ação

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Solicitaremos instrução da enfermeira da equipe acerca deste tema, a ser exposto na unidade para a equipe.

#### Ação

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Contaremos com o Educador Físico do NASF para esta ação a ser realizada na unidade, com apoio da fisioterapeuta.

#### Ação

- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: A psicóloga do NASF será acionada para esta capacitação, a ser realizada na unidade com ajuda da médica sobre os aspectos farmacológicos.

### 2.3.2 Indicadores

Para cada meta estabelecida há indicadores para monitorar a intervenção, conforme a seguir:

#### **Indicadores de cobertura:**

##### **- Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.**

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

##### **- Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.**

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicadores de qualidade.**

**- Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.**

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**- Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.**

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**- Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.**

Numerador: Número de hipertensos com os exames complementares em dia.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**- Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.**

Numerador: Número de diabéticos com exames complementares em dia.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**- Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.**

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

**- Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.**

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

**- Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.**

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**- Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.**

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

**Indicadores de adesão.**

**- Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.**

Numerador: Número de hipertensosfaltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**- Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.**

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Indicadores de Registro.**

**- Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.**

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**- Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.**

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicadores de avaliação de risco.**

**- Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.**

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**- Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.**

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicadores de Promoção da Saúde.**

**- Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.**

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**- Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.**

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**- Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.**

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**- Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.**

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**- Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.**

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**- Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.**

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**- Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.**

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**- Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.**

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde..

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção de atenção aos usuários portadores de HAS e/ou DM adotaremos os protocolos: “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, 2013” e “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, 2013”.

Utilizaremos a Ficha espelho do Programa de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos (ANEXO A); a ficha não contém espaço para registro de saúde bucal e alguns elementos do exame clínico, estas informações serão acrescentadas no

verso da ficha e utilizado o livro da Ação Programática. Para o fornecimento das fichas espelho enviaremos solicitação à Secretaria de Saúde; utilizaremos ainda, planilha eletrônica – Planilha Coleta de Dados (ANEXO B) para o acompanhamento da intervenção mensalmente.

Para viabilizar o **Monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa, para Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa e Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM** a equipe utilizará a lista de Ação já impressa, que ficará sempre na recepção. A recepcionista confeccionará um cartaz para “convocação” dessa população e as ACS levarão consigo listas paralelas para as inscrições em suas respectivas áreas.

Para **Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde** utilizaremos e conservaremos o que já dispomos. Além disso, enviaremos ofício para aquisição de lancetas junto à Secretaria de Saúde para realização do hemoglicoteste, balança e a calibragem periódica dos esfigmomanômetros. Isto será realizado no início da intervenção pela médica e pela enfermeira.

Para **Informar a comunidade sobre o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus** a Diretora da Unidade, o Técnico de enfermagem (que são membros da comunidade) e a Enfermeira entrarão em contato com a Direção da escola e das igrejas.

Para a **Capacitação da equipe em relação ao Cadastramento, Verificação da pressão arterial de forma criteriosa, e a Realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico, Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos, Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais e Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade**, nos reuniremos semanalmente ou conforme a necessidade, após os atendimentos do dia. A enfermeira ficará responsável por solicitar o protocolo impresso junto à secretaria. Utilizaremos ainda, apostilas que consistirão em cópias de trechos do protocolo que tratam destas ações que também serão solicitadas à secretaria de saúde.

Para viabilizar o **Monitoramento da realização de exame clínico apropriado, do número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo e do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA, Garantir a solicitação dos exames complementares e Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados, Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia)** utilizaremos a Ficha Espelho e o livro da Ação HAS e/ou DM impressos e devidamente preenchidos pela médica e enfermeira da equipe.

Para **Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade**, a profissional responsável pela farmácia preencherá fichas especiais para medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos de saída e entrada diárias a serem solicitadas à secretaria de saúde. O sistema de etiquetas com as validades dos medicamentos já é empregado na unidade.

Para viabilizar a **Orientação aos usuários sobre a importância dos exames clínicos e laboratoriais, bem como a sua periodicidade, Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso** contaremos com toda a equipe; através dos atendimentos, de grupos e na sala de espera. Além das orientações em consultório, os usuários levarão consigo, anotado no receituário, o número gratuito disponibilizado pelo Ministério da Saúde para eventuais denúncias sobre a dispensação destes medicamentos pela Farmácia Popular.

Para **Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e do diabetes, Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA, Treinamento das ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, Pactuar com a equipe o registro das informações e Definir responsável pelo monitoramento dos registros, Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários, Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o**



**escore de *Framingham*, de lesões em órgãos alvo e avaliação dos pés no caso dos diabéticos e Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação, Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis**, utilizaremos o estudo em grupo através das reuniões na unidade, através de artigos científicos, diretrizes ou consensos atualizados a serem pesquisados pela médica e enfermeira da equipe. Solicitaremos a realização de uma palestra pelos profissionais do NASF, na unidade. Faremos também exposição de vídeos educativos em dispositivo pessoal.

Para **Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares** também serão utilizadas as Fichas Espelho preenchidas e o livro de Ação HAS e/ou DM, onde a enfermeira obterá os nomes dos usuários que compareceram e por eliminação os faltosos a cada mês, para viabilizar a busca ativa, enviaremos “cartas de convocação” a estes usuários, impressas em formato de “carnê”, pela médica.

Para **Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão e Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas**, as ACS serão acionadas, após capacitação, a orientar as famílias nas visitas domiciliares, os usuários na unidade e trazer estratégias nas reuniões quinzenais com a equipe.

Para **Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, Manter as informações do SIAB atualizadas, Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano**, a médica lançará mão das fichas espelho preenchidas, a enfermeira consultará o livro de registros mensalmente

Para **Implantar planilha/registro específico de acompanhamento**, a médica gerará, em dispositivo pessoal, a Planilha de Coleta de Dados, realizando ajustes conforme a necessidade.

Para **Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de**

**compensação da doença**, precisaremos do Livro da Ação HAS e/ou DM constando a aferição da qualidade do preenchimento da ficha espelho.

Para **Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda**, a médica confeccionará pequenas bandeiras de material resistente para serem afixadas no prontuário para sinalização do risco.

Para **Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação)**, Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, utilizaremos as consultas médicas, de enfermagem, triagem e os momentos de espera nos dias da Ação Programática. Teremos ainda, avisos informativos impressos pela médica na sala de espera com estas informações.

Para **Monitorar a realização de consultas periódicas anuais, de orientação nutricional, orientação para atividade física regular e orientação sobre riscos do tabagismo dos hipertensos e diabéticos com o dentista**, acionaremos o NASF e registraremos todas estas ações na ficha espelho e no Livro de Ação HAS e/ou DM com as respectivas datas; a médica fará a transcrição para a planilha eletrônica a cada sete dias.

Para **Organizar a agenda da atenção à saúde bucal e Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico**, a Odontóloga terá o livre arbítrio para atender aos nossos encaminhamentos de acordo com a sua disponibilidade diária, incluiremos (médica e enfermeira) a classificação de risco no encaminhamento para sua apreciação.

Para **Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e atividade física**, faremos pequenos eventos em área comum da comunidade com lanches, cartazes lúdicos, aferição de PA, hemoglicotestes e sorteios em parceria com o NASF.

Para **Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas, educadores físicos nesta atividade, Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo"**, a enfermeira protocolará os ofícios redigidos pela médica, junto ao gestor.

Para **Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde**, a diretora da unidade, o técnico de enfermagem e a enfermeira farão contato com direção da escola e das igrejas da comunidade no início da intervenção.

Para **Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, da prática de atividade física regular e Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo**, utilizaremos os encontros e eventos específicos que faremos em lugar comum da comunidade como o ginásio de esportes; também faremos essas orientações na unidade (toda a equipe e o NASF).

Para **Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e do usuário diabético, sobre práticas de alimentação saudável, metodologias de educação em saúde, a promoção da prática de atividade física regular e o tratamento de usuários tabagistas**, solicitaremos o apoio da Odontóloga, Nutricionista (caso o NASF disponibilize), Enfermeira, Educador físico e da Psicóloga respectivamente; para realizarem as capacitações na Unidade em dias diferentes após os atendimentos.



### **3 Relatório da Intervenção**

A intervenção foi realizada em um período de 12 semanas na Unidade Básica de Saúde Maria Venusário – Lago do Limão, sendo iniciada a partir do dia (02.02.2015) e finalizada no dia (04.05.2015).

Inicialmente era previsto a duração de 16 semanas de intervenção, contudo, após novas orientações da Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, a intervenção foi reduzida para 12 semanas .

É preciso ressaltar que trouxemos uma visão inédita do processo de trabalho e do serviço de saúde para esta comunidade, apesar de instituída há tantos anos no Brasil, encontramos as mesmas práticas de 40 anos atrás em pleno vigor nos “interiores” por parte dos profissionais de saúde, aparentemente como reflexo da precariedade de nossa formação em saúde coletiva e da falta de interesse da gestão para aplicação de protocolos que gerem um real impacto na qualidade da assistência prestada.

O que realizamos, de acordo com a nossa governabilidade, foi demonstrar que há formas mais fáceis de solucionar problemas; como exemplo tivemos a implementação do agendamento para um acolhimento mais isonômico e dos registros para o monitoramento. Com isso a equipe e a comunidade puderam perceber que é possível prestar e ter acesso a um serviço organizado e de melhor qualidade.

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

As ações previstas na intervenção que foram desenvolvidas foram: a **Capacitação dos Profissionais da UBS** com base nos protocolos que foi concluída parcialmente, pois não dispusemos de protocolos impressos para estudos, apenas imprimíamos alguns capítulos ou tabelas mais importantes com recursos próprios.

Além disso, conseguimos realizar reuniões mensais, com vídeos, palestras e um treinamento sobre aferição da Pressão Arterial; o que consistiu um grande avanço para uma equipe que não fazia reuniões.

Encontramos dificuldade em **atribuir uma função** a cada membro da equipe, pois, a dinâmica de trabalho é de rodízio, então continuamos observando uma assimetria da qualidade do atendimento, dependendo da equipe “do dia”. Alguns membros, por exemplo, a ex-mulher do prefeito do município, que trabalha conosco, comparece ao trabalho esporadicamente e fica na recepção e triagem, neste dia todo o processo fica comprometido, pois, a profissional não está familiarizada com a rotina da mesma forma que os membros da “outra equipe”.

Apesar do treinamento alguns profissionais permanecem realizando a triagem de forma incompleta, sem a medição da estatura ou sem o registro no prontuário. Temos solicitado que os usuários voltem à triagem, o que gera um pequeno desconforto, mas estimula do meu ponto de vista, a adequação do serviço. Os que realizam a triagem corretamente recebem reforço positivo nas reuniões.

A **divulgação** do programa foi realizada parcialmente, pois o planejamento inicial era a realização de uma palestra na igreja e na escola com toda a equipe, o que foi sendo postergado por conta de reuniões e outros compromissos de dirigentes destes locais, que pediam adiamento da palestra para que pudessem assisti-la; adiamos tantas vezes que ficou inviável este modo de divulgação. Então, o diretor da UBS ocupou-se da tarefa aproveitando ocasiões em que já estaria nestes locais, mesmo sem exposição de *slides*. Também afixamos um aviso na entrada e no interior da unidade para este fim. Em eventos paralelos como no mês da mulher também fizemos a divulgação da intervenção para que as mulheres da comunidade levassem os seus parentes e amigos para o acompanhamento.

O **Cadastramento de Hipertensos e Diabéticos** da área foi efetivado durante todo o período da intervenção, ao menos os diagnosticados e que realmente residem na comunidade. Pelo fato da área ser fortemente turística, há muitos que não moram de fato no local, apenas têm propriedades, então o número estimado da população e consequentemente de doentes talvez esteja superestimado. Além disso, por tratar-se, também, de uma área isolada e pouco populosa, as ACS conhecem todas as famílias e afirmam que o “pente fino” foi realizado razoavelmente. Nas últimas semanas praticamente não recebemos usuários novos, apenas retornos.

O **contato com as instituições** como a escola estadual e a igreja Adventista, que fizeram parceria conosco foi desenvolvido pelo nosso técnico de enfermagem e diretor da UBS, de modo que tivemos liberdade para a realização de nossas atividades, apenas com o inconveniente da divulgação, já citado anteriormente. Tivemos facilidade neste processo de parceria e observamos uma porta aberta neste sentido para futuras ações.

O **Atendimento clínico dos Hipertensos e Diabéticos** foi altamente facilitado pelo uso das fichas espelho, apesar da dificuldade encontrada na realização de exames laboratoriais, acesso a medicamentos, etc. Nenhum usuário cadastrado e atendido permaneceu sem avaliação, orientações e solicitações preconizadas pelo Ministério da Saúde; esse foi um dos pontos mais positivos da intervenção em minha opinião.

A **Capacitação dos ACSe** a realização da **Busca ativa** propriamente dita foram desenvolvidas com relativa facilidade, por um lado tivemos a colaboração das Agentes e a entrega das “cartinhas de convocação” e por outro tivemos o entrave da logística e da escassez de recursos para a busca de famílias mais afastadas, na estrada e outros lugares de difícil acesso. Há algum tempo as ACS não recebem transporte ou combustível para essa atividade e acabam fazendo contato apenas com pessoas que moram próximo à UBS.

O uso das Fichas espelho foi fundamental para esta atividade, antes não tínhamos nenhuma ferramenta para saber quais eram os usuários que estavam com consultas em atraso e fazer a busca ativa, o atendimento ficava registrado apenas no prontuário que era devolvido ao SAME até que o usuário voltasse por iniciativa própria, realidade que começou a mudar drasticamente. Este foi outro ponto extremamente positivo com a intervenção que se estendeu às outras ações programáticas.

As **Palestras e sala de espera** no âmbito da UBS foram parcialmente executadas, pois a única palestra que tivemos eu realizei já nas semanas finais, as ACS tiveram muita dificuldade em falar em público e considerando que esta tarefa estava a cargo delas, não tivemos muito sucesso nesta ação. Além disso, não tivemos uma frequência regular dos usuários de modo que eles se reunissem em um dia específico, sempre compareceram em qualquer dia da semana, a despeito da data marcada em seu cartão de agendamento. A cultura de ir ao médico quando “se sente mal” ou quando a medicação acabou, permaneceu, infelizmente.

Também conseguimos **realizar reunião com a equipe para avaliar a intervenção** por duas oportunidades, quando expomos a quantidade insuficiente de usuários cadastrados e discutimos maneiras de encontrar estas pessoas, bem como demonstramos a diferença na qualidade do atendimento dos que já estavam participando. Após a mudança de direção da UBS, passamos a ter mais facilidade para organizar reuniões e o próprio processo de trabalho.

O **Monitoramento da intervenção** foi o que provocou uma das maiores diferenças em relação ao modelo anterior, como foi dito, os atendimentos eram registrados apenas no prontuário que voltava para as pastas que são organizadas por áreas. Então, nenhuma ação programática poderia ser monitorada, pois é impossível analisar todos os prontuários existentes, toda semana. Quando organizamos as fichas espelho em uma pasta exclusiva dos usuários com HAS e/ou DM e um livro ata, pudemos ter pleno controle destes acompanhamentos e sempre à mão.

A planilha de Coleta de dados fornecida pelo curso facilitou ainda mais o monitoramento. Foi possível analisar os diversos aspectos e ações da intervenção ao mesmo tempo e rapidamente.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

As ações previstas na intervenção que não foram desenvolvidas foram as que excediam a nossa governabilidade.

A **Garantia do material necessário para os atendimentos** não foi alcançada, apesar das solicitações permanecemos com o mesmo material de antes (1 esfigmomanômetro descalibrado) e sem o material para realização de hemoglicoteste, com exceção apenas da balança antropométrica que a enfermeira praticamente “furtou” da secretaria pois estava sem uso no local.

Também enviamos ofícios solicitando o fornecimento de exames laboratoriais no município, necessários para a avaliação e classificação de risco cardiovascular dos usuários, o que não foi atendido e nem respondido.

Solicitamos, também através de ofício, os medicamentos para cessação do tabagismo para três usuários e não obtivemos resposta da secretaria.

Os **Encontros dos Usuários com HAS e/ou DM com ações de Promoção de Saúde** não foram desenvolvidos. Desde a primeira semana os agendamentos de



retorno foram feitos de forma que alcançássemos um número mínimo de usuários Hipertensos e Diabéticos no mesmo dia e então iniciássemos uma rotina de “grupos”. Para a nossa surpresa os usuários desconsideraram quase que completamente as datas dos agendamentos escritas em seus cartõezinhos, comparecendo em qualquer dia ou muito tempo depois do agendado. Então, nas quartas-feiras, dia estabelecido para as consultas dos usuários com HAS e/ou DM, costumávamos ter dois ou três usuários hipertensos e diabéticos.

Em uma das ocasiões combinamos com a equipe para convidá-los e levamos açaí e outros lanches da região, no intuito de fazer uma reunião com eles, neste dia não apareceu nenhum usuário.

A dificuldade da equipe de se envolver realmente nessa tarefa e com os usuários foi realmente muito grande, eles não tiveram a disposição para atividades educativas e coletivas, essa é a maior barreira atualmente.

A maioria dos usuários deste grupo é constituída de idosos sem acompanhantes e essa foi talvez a minha maior dificuldade no quesito “atendimento”, pois eles saem da consulta sem expressar dúvida alguma, mas, muitas vezes, sem entender nada do que foi dito ou a importância de um exame e do retorno na data marcada. Outras vezes não enxergam tão bem ou não têm a mobilidade necessária para ir até a cidade fazer um exame ou adquirir um medicamento. Ao retornar sabem que serão “cobrados” por coisas difíceis demais para eles e que chegarão de mãos vazias, então preferem não retornar.

Observamos também que nesta área há vários idosos hipertensos e diabéticos em situação de abandono e na prática os únicos usuários que conseguiram, durante a intervenção, um acompanhamento de qualidade incluindo estratificação de risco foram aqueles que dispunham de condições financeiras para realizar seus exames em laboratórios privados ou para se deslocarem várias vezes à sede do município ou à capital na tentativa de agendamento pelo SISREG.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Este aspecto da intervenção, de modo geral, após orientações foi de fácil execução. No início tive dificuldades na coleta, pois não ficou claro para mim se os dados a serem considerados seriam anteriores à consulta ou após a consulta.

Tive alguma dificuldade com a planilha também no início, pela minha própria ignorância no assunto, principalmente nas atualizações de usuários que não foram

atendidos na semana, se deveriam ter seus dados alterados ou não. Percebi que a planilha na verdade é bem intuitiva e com o seu uso, semana após semana, muitas das dificuldades são sanadas sem maiores explicações. Também não achei laborioso o seu preenchimento, o sistema de “1” e “0” agiliza a tarefa.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Ao final da intervenção observei que vários aspectos já foram incorporados à rotina da UBS e outros ainda levarão algum tempo. Como carecemos de mão de obra qualificada, a maior parte do funcionamento ficou dependente de mim ou da enfermeira. Não enxergo nenhum membro da equipe tendo a iniciativa de pegar a pasta de fichas espelho ou o livro de agendamento para fazer a lista de faltosos e a busca ativa, isso simplesmente não interessa. O próprio sistema de agendamento ainda encontra resistência, pois os usuários não comparecem na data marcada. Ainda funcionamos majoritariamente por demanda espontânea, na prática.

Tenho insistido com eles que no início é assim, depois se torna um hábito. Tenho solicitado agora que a recepção não receba um grande número de usuários na segunda feira para serem atendidos no mesmo dia e sim que os agendem para o dia da ação programática, creio que futuramente isso contribua para a organização do sistema de agendamento.

O Atendimento previsto no projeto é perfeitamente viável e seguramente continuará a ser executado pela praticidade que ele oferece ao clínico e ao enfermeiro com as fichas espelho ajudando no monitoramento e na completude do atendimento. É comum esquecer algo importante durante a consulta, como uma orientação sobre saúde bucal, por exemplo, ou um encaminhamento para fundoscopia e com este sistema, estes desfalques se resolvem.

Para melhorar a estratificação de risco dos usuários atendidos a idéia é solicitar junto ao gestor, sempre que oportuno, os exames laboratoriais necessários para esta finalidade. Da mesma forma, demandar insumos e medicamentos para compor a farmácia e consequentemente reduzir as faltas a ações de promoção e atendimentos, considerando que este é o motivo mais apresentado pelos usuários faltosos.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção referente à Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da UBS (Maria Venusário – Lago do Limão), Iranduba/AM foi realizada no período de doze semanas e terão seus resultados qualitativos e quantitativos apresentados abaixo, com base nos indicadores que serão comparados às metas propostas, examinando a evolução da intervenção.

É importante ressaltar que a intervenção foi inicialmente idealizada para um período de 16 semanas. Contudo, após orientação da Coordenação do Curso de Especialização, esse período foi reduzido para 12 semanas o que acabou interferindo na estrutura dos gráficos e em alguns resultados obtidos.

#### **Objetivo 1 – Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos**

Meta1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos e 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde do hipertenso e do diabético na unidade de saúde

A estimativa do número total de Hipertensos e Diabéticos na área de abrangência da UBS é de 198 e 49 usuários respectivamente. Esse dado é baseado no contingente populacional de 1303 pessoas cadastradas pelas ACS.

Ao iniciar a intervenção observou-se que nenhum (0%) destes usuários estava cadastrado no programa, uma vez que este não estava implementado de forma sistemática na UBSF. Sendo assim, no primeiro mês da intervenção foram acompanhados 40 (20,2%) usuários com hipertensão e 15 (30,6%) diabéticos. No segundo mês, foram registrados 50 (25,3%) hipertensos e 18 (36,7%) diabéticos acompanhados. No terceiro mês, houve um aumento para 60 (30,3%) usuários hipertensos e 22 (44,9%) diabéticos acompanhados (Figura 1 e Figura 2).

Observamos que a captação de usuários foi maior nas primeiras semanas, em que os que de fato utilizam o serviço atenderam à divulgação e procuraram a

unidade. Nos dois meses seguintes observamos muito mais atendimentos de retorno do que novas adesões.

Acreditamos que o número de Hipertensos e Diabéticos esteja superestimado pelo fato de que a área na qual trabalhamos tem como característica abrigar propriedades e espaços de lazer e ser fortemente turística. Muitas famílias passam apenas os finais de semana na área, mas residem e fazem acompanhamento de saúde em Manaus. Esta seria uma provável explicação para o resultado aquém do esperado.

O fato de não dispormos de fornecimento adequado da medicação também contribuiu, na opinião de alguns usuários e da equipe, para a relativa baixa procura pelo serviço.

Por outro lado, tivemos uma cisão na busca ativa, em função da falta de fornecimento de transporte às ACS e perda do contato com algumas famílias mais afastadas, como já era previsto.

Sobre o fato de captarmos mais Diabéticos do que Hipertensos, observei que a primeira patologia “assusta” incomparavelmente mais, em nosso meio, do que a segunda.

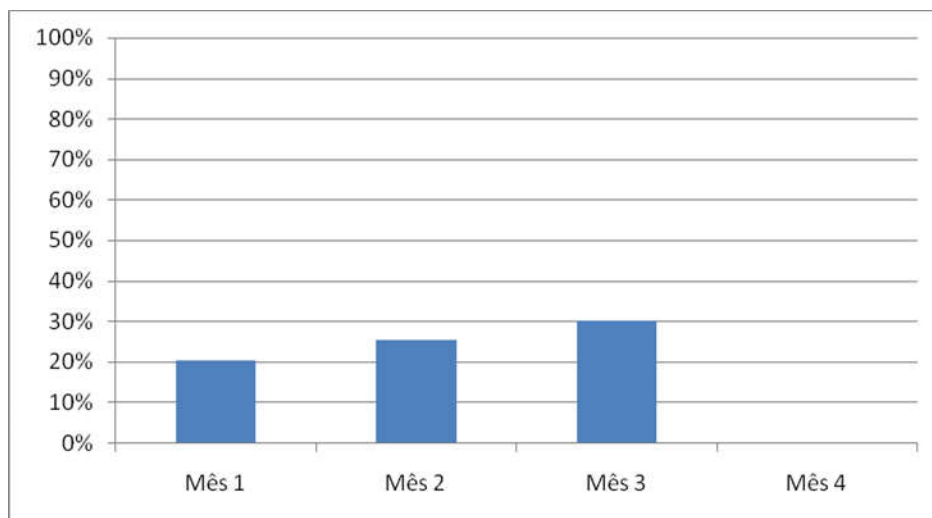


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do Hipertenso na UBS Maria Venusário, Lago do Limão/AM, 2015.

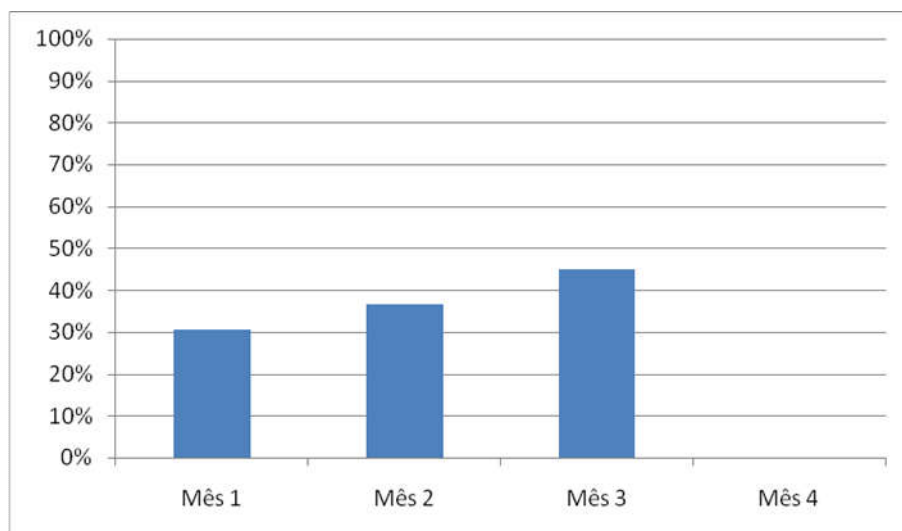


Figura 2: Cobertura do programa de atenção á saúde do Diabético na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.

### **Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos**

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.1: Proporção de Hipertensos e/ou Diabéticos com exame clínico em dia de acordo com protocolo

Em relação aos usuários hipertensos, no primeiro mês foram registrados 11 (27,5%), no segundo mês 47 (94,0%) e no terceiro mês 58 (96,7%) de hipertensos com exame clínico adequadamente realizado (Figura 3). Já para os usuários diabéticos obtivemos no primeiro mês 4 (26,7%), no segundo mês, 17 (94,4%) e no terceiro mês, 22 (100%) diabéticos com exame clínico adequado (Figura 4).

Com a padronização do atendimento através do protocolo, rapidamente atingimos a qualidade desta ação em praticamente todos os atendimentos. Trata-se de uma meta que depende muito mais da vontade do profissional do que subsídios ou apoio externo.

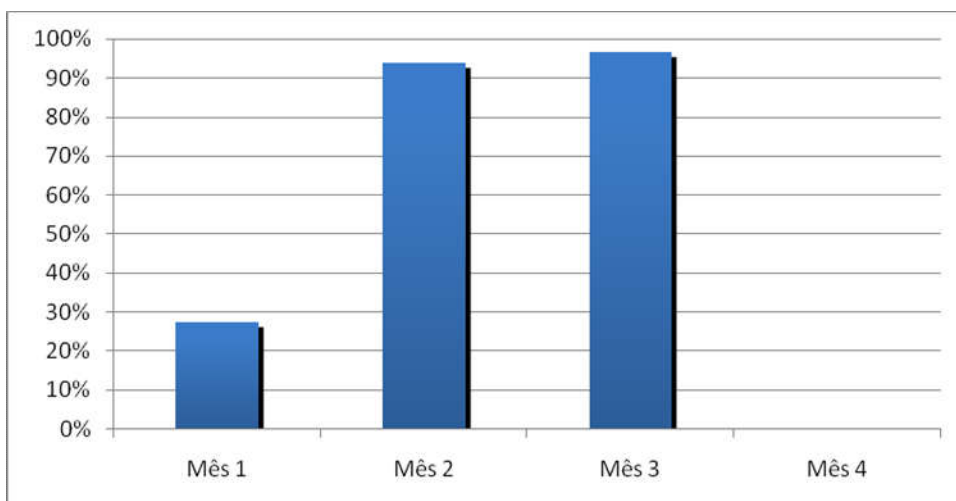


Figura 3. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.

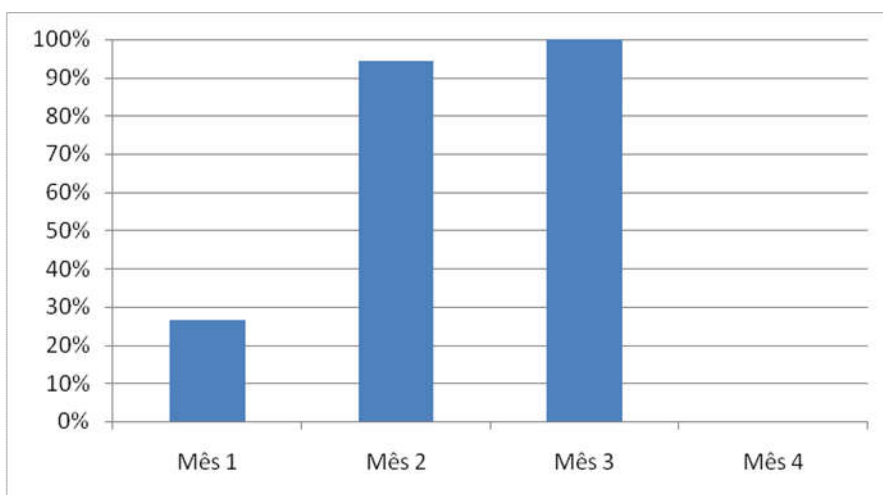


Figura 4. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.

Meta 2.2: Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.2: Número total de hipertensos e diabéticos com exames complementares em dia entre todos os cadastrados.

No primeiro mês obtivemos 2 (5%) hipertensos com exames complementares em dia; no segundo mês, 9 (18%) e no terceiro mês, 14 (23,3%)(Figura 5). Para os diabéticos: 0 (0%) no primeiro mês, 2 (11,1%) no segundo e 4 (18,2%) no terceiro mês da intervenção(Figura 6).

Este resultado desfavorável se deve ao fato de não haver um laboratório apropriado no município. A maioria dos exames preconizados pelo protocolo do

Ministério da Saúde não são realizados neste laboratório, de modo que só é possível realizá-los em unidades privadas ou por meio do SISREG; para isso os usuários devem deslocar-se por mais de 40km, em qualquer das duas opções.

Com vistas a modificar esta realidade enviamos um ofício à secretaria de saúde do município solicitando a execução rotineira destes exames, ao que não obtivemos resposta. Entraremos em contato novamente com o gestor para o questionamento desta possibilidade.

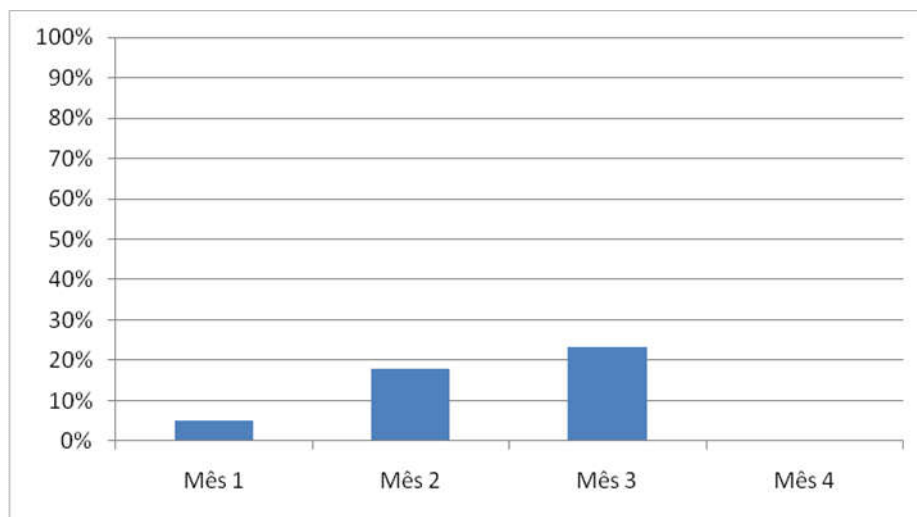


Figura 5. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.

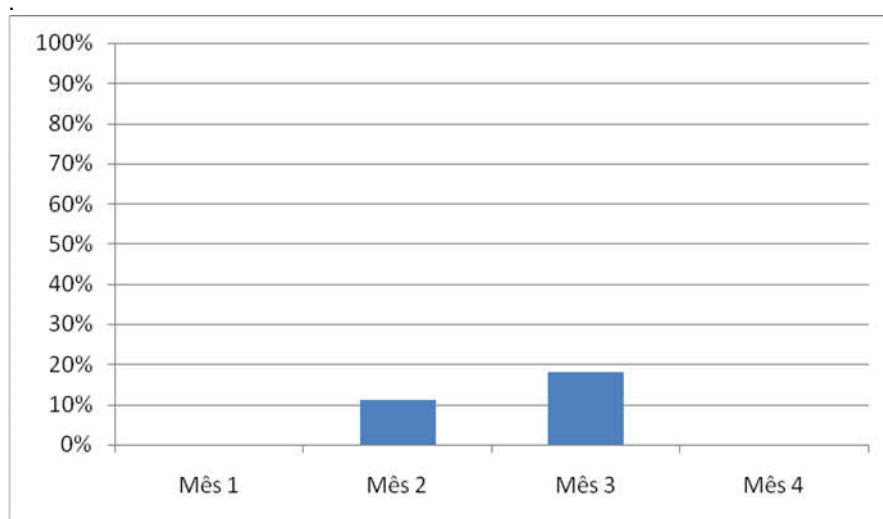


Figura 6. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.

Meta 2.3: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.3: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA entre o total de cadastrados.

No primeiro mês tivemos 36 (90%) dos hipertensos com priorização desta ação, no segundo, 47 (90,4%) e no terceiro, 56 (93,3%) (Figura 7).

Em relação a diabéticos, 14 (93,3%) tinham a ação priorizada no primeiro mês, 16 (88,9%) no segundo e 20 (90,9%) no terceiro mês (Figura 8).

Alguns usuários realizam acompanhamento paralelamente com seus especialistas, quando possível adaptamos a prescrição, outras vezes os próprios usuários sentem-se mais seguros com a medicação que leva o nome comercial prescrito pelo médico especialista.

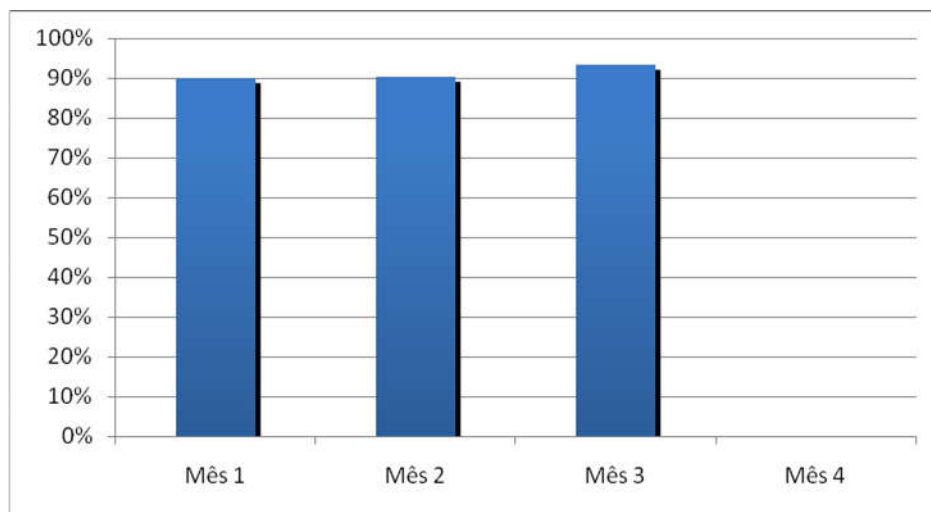


Figura 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.

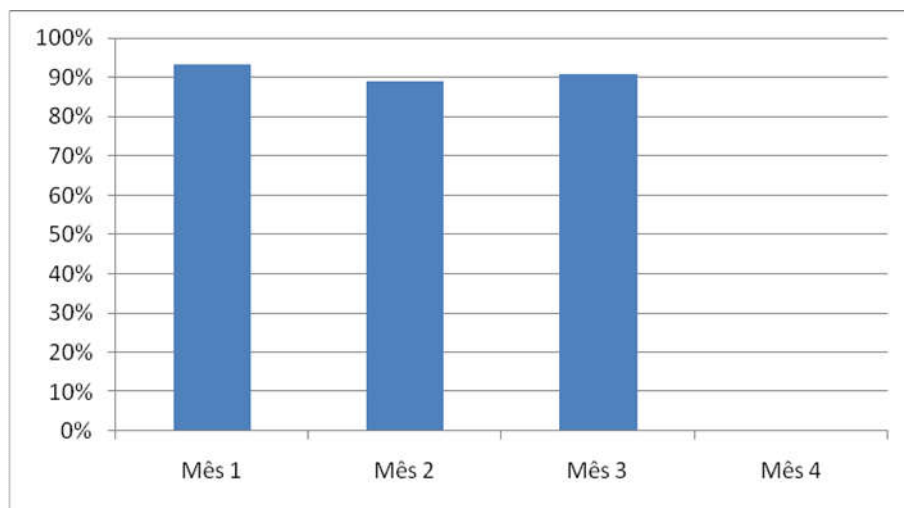


Figura 8. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.



Meta 2.4: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 2.4: Número de hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre todos os cadastrados.

No primeiro mês tivemos 34 (85%) de hipertensos com a avaliação; no segundo, 47 (94%) e no terceiro, 58 (96,7%) (Figura 9).

Entre diabéticos, 14 (93,3%) no primeiro mês, 17 (94,4%) no segundo e 22 (100%) no terceiro mês(Figura 10).

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico não fazia parte de todos os meus atendimentos antes da intervenção, com o decorrer das primeiras semanas passamos a sistematizar esta importante avaliação em todos os atendimentos.

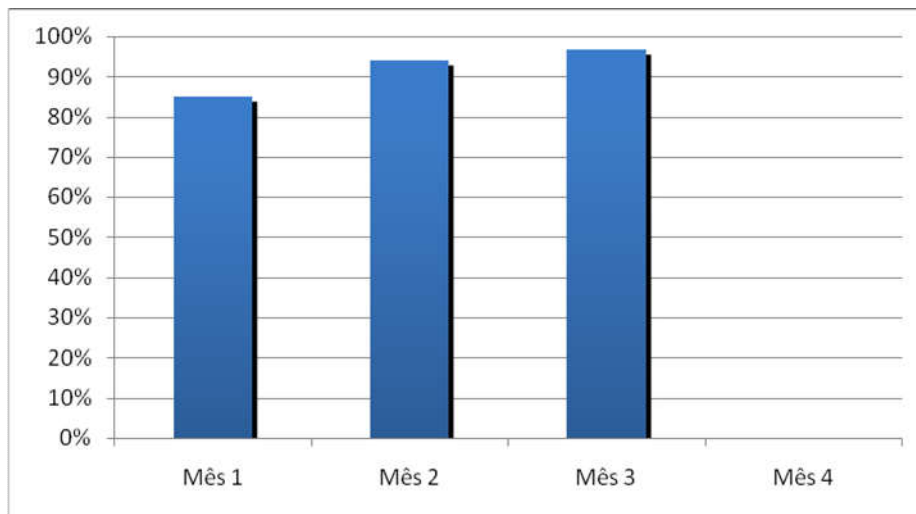


Figura 9. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.

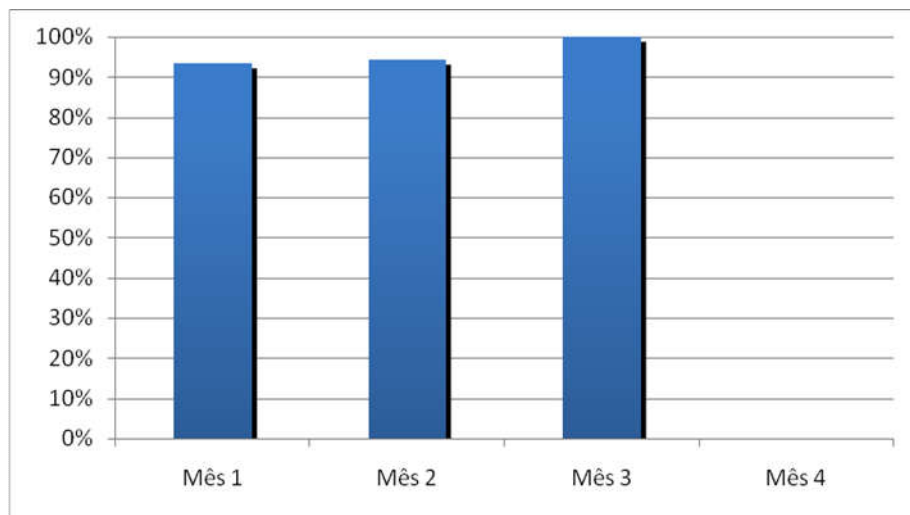


Figura 10. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.

### **Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa.**

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Número de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

No primeiro mês obtivemos 2 (7%) dos hipertensos faltosos com busca ativa realizada, no segundo mês; 8 (88,9%) e no terceiro, 13 (81,3%)(Figura 11). Entre os diabéticos, 2 (18,2%) tiveram busca ativa no primeiro mês; 1 (100%) no segundo e 4 (80%) no terceiro mês(Figura 12).

Tivemos um resultado satisfatório, em parte pela entrega de cartas de convocação às famílias pelas ACS e prejudicado pela limitação de transporte, conforme já foi mencionado.

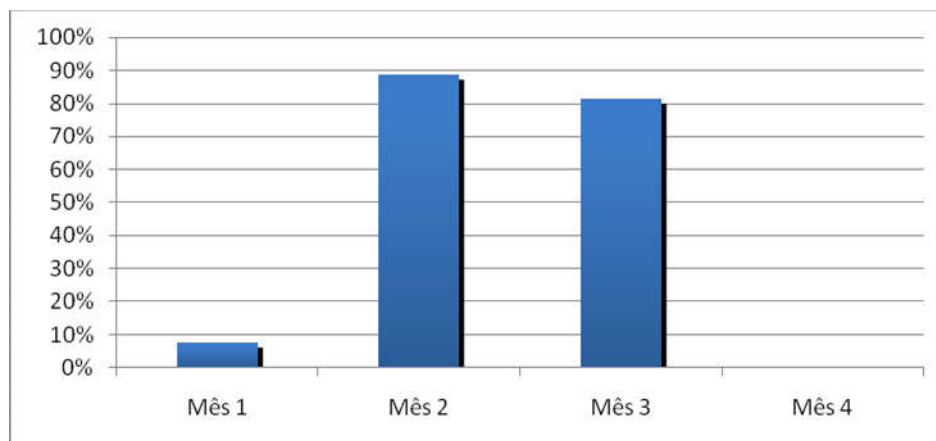


Figura 11. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.

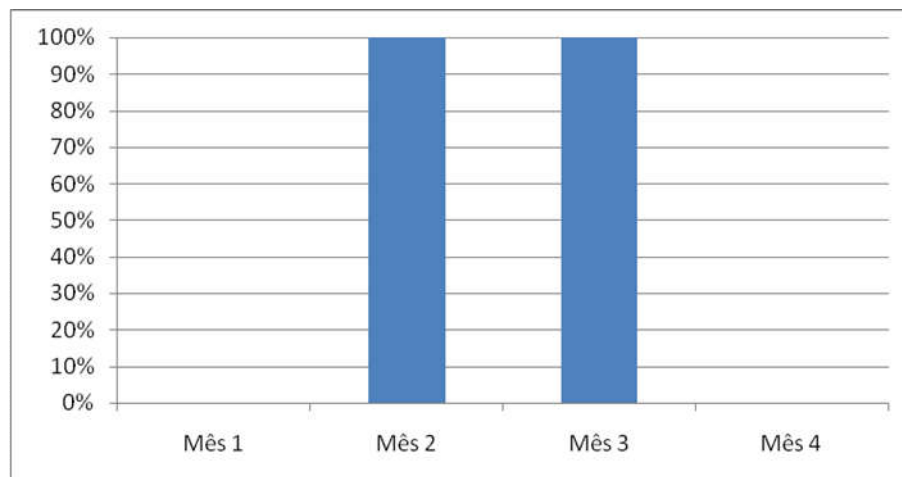


Figura 12. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.

#### **Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.**

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Número de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento entre o total de cadastrados.

No primeiro mês tivemos 1 (2,5%) hipertenso com registro adequado na ficha de acompanhamento; no segundo, 48 (96%) e no terceiro, 60 (100%)(Figura 13).Entre diabéticos, 0 (0%) de fichas adequadamente preenchidas no primeiro mês, 18 (100%) no segundo e 22 (100%) no terceiro mês (Figura 14).

O uso da Ficha espelho foi o ponto chave para o cumprimento desta meta; sanou qualquer problema de registro dos atendimentos.

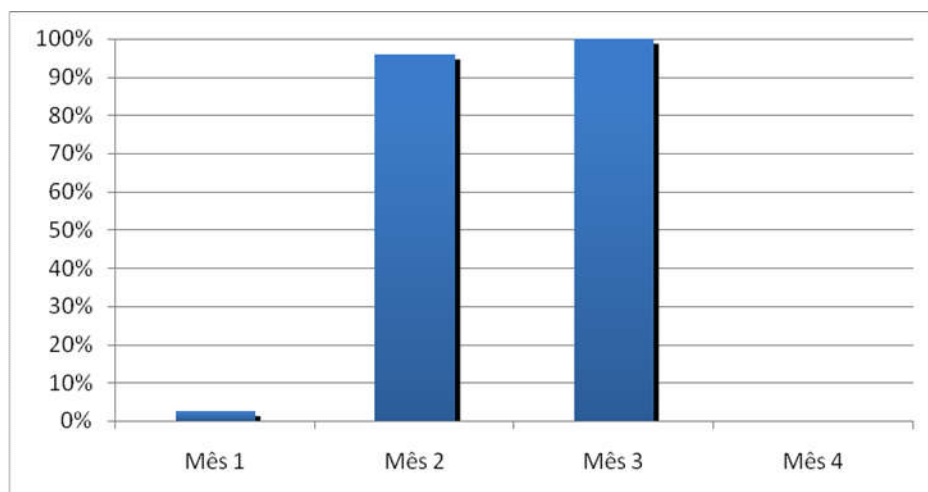


Figura 13. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.

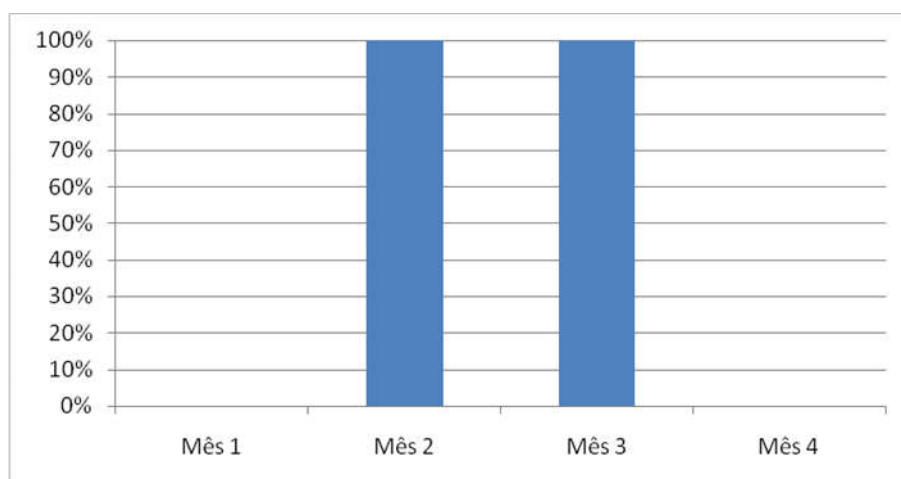


Figura 14. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.

### **Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.**

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Número de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular entre todos os cadastrados.

No primeiro mês não tivemos nenhum(0%) dos hipertensos acompanhados com estratificação de risco cardiovascular; no segundo mês, 11 (22%) e no terceiro, 15 (25%) (Figura 15). Entre diabéticos, também nenhum dos usuários

acompanhados (0%) no primeiro mês realizaram estratificação de risco cardiovascular, 2 (11,1%) no segundo e 4 (18,2%) no terceiro mês(Figura 16).

Isto se deve ao fato de que para a realização da estratificação de risco cardiovascular é necessária a dosagem de algumas substâncias como o colesterol, o que não foi possível na maioria dos casos, comprometendo também este resultado. Embora eu considere que o número alcançado já foi um avanço importante, podendo tornar-se rotina futuramente.

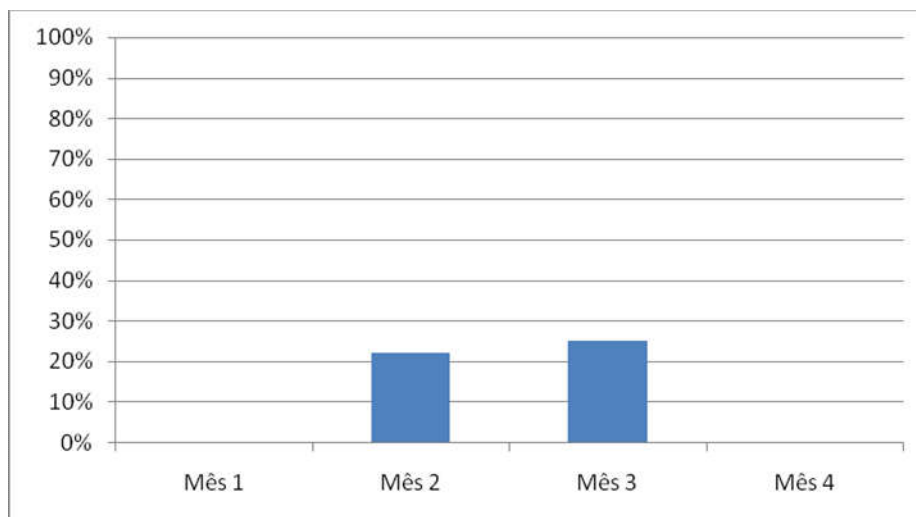


Figura 15. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.

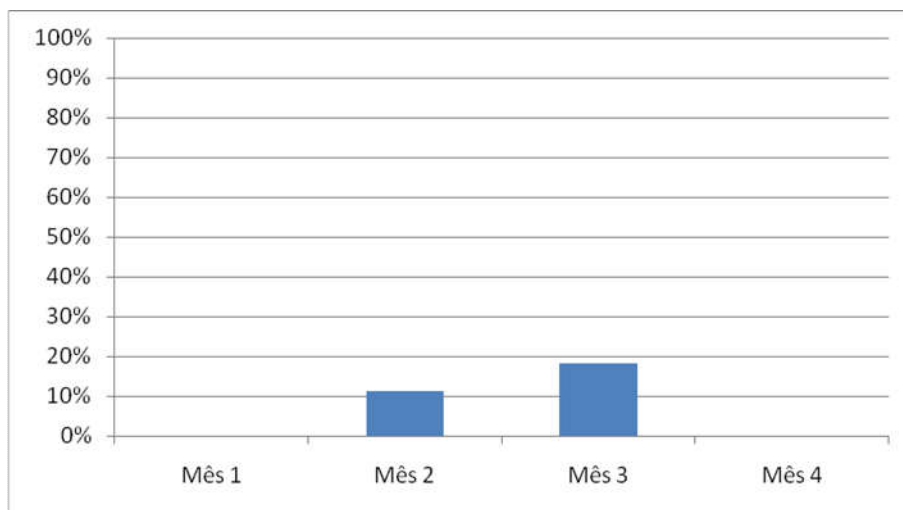


Figura 16. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.

### **Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.1: Número de usuários hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

No primeiro mês tivemos 38 (95%) hipertensos com orientação nutricional; no segundo, 48 (96%) e no terceiro, 60 (100%)(Figura 17).

Entre diabéticos, foi alcançado 100% em todos os meses, sendo 15 (100%) no primeiro mês, 18 (100%) no segundo e 22 (100%) no terceiro mês.

A qualidade das orientações nutricionais era questionável antes da intervenção, no entanto a grande maioria dos usuários já as havia recebido e permanecemos com esta atividade em consultório e nas visitas.

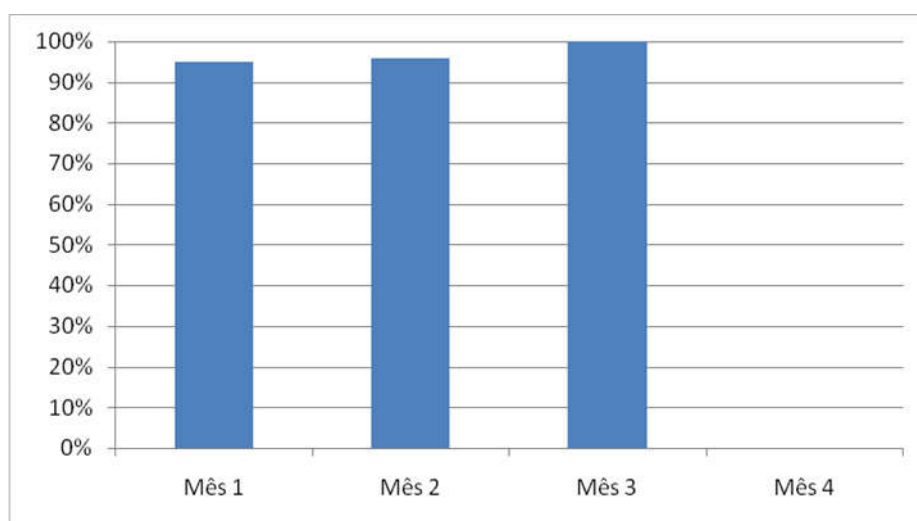


Figura 17. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.

Meta 6.2: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.2: Número de usuários hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

No primeiro mês obtivemos 38 (95%) hipertensos com orientação sobre atividade física; no segundo, 47 (94%) e no terceiro, 60 (100%)(Figura 18). Entre diabéticos, 15 (100%) no primeiro mês, 17 (94%) no segundo e 22 (100%) no terceiro mês (Figura 20).

Da mesma forma que a ficha espelho nos auxiliou com os registros, padronizou o atendimento de forma que nenhuma orientação, das principais, era esquecida no decorrer destes atendimentos. A orientação sobre a prática de atividade física já era uma constante que se intensificou.

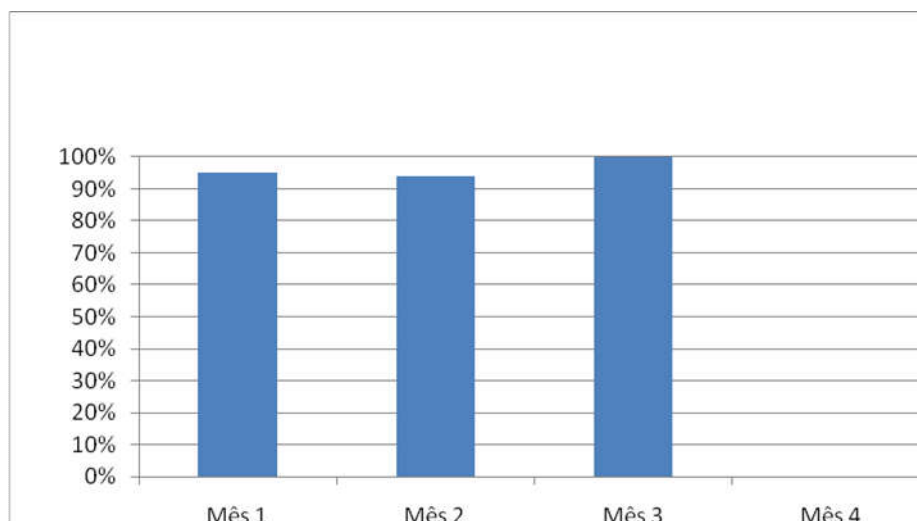


Figura 18. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.

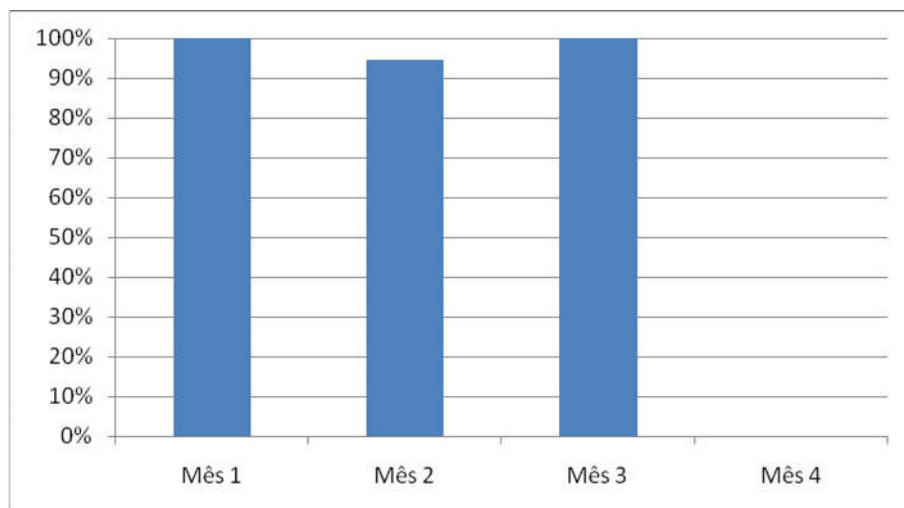


Figura 19. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.

**Meta 6.3:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

**Indicador 6.3:** Número de usuários hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

No primeiro mês obtivemos 37 (92,5%) hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo; no segundo, 45 (90%) e no terceiro, 60 (100%)(Figura 20). Entre diabéticos, 15 (100%) no primeiro mês, 17 (94%) no segundo e 22 (100%) no terceiro mês(Figura 21).

O sucesso do cumprimento desta meta também se deve à sistematização do uso da Ficha espelho em todos os atendimentos, pudemos ainda registrar quantos

dos usuários que eram tabagistas tinham o desejo de abandonar o hábito, sendo possível então encaminhar cautela com solicitação de medicamentos para este fim.

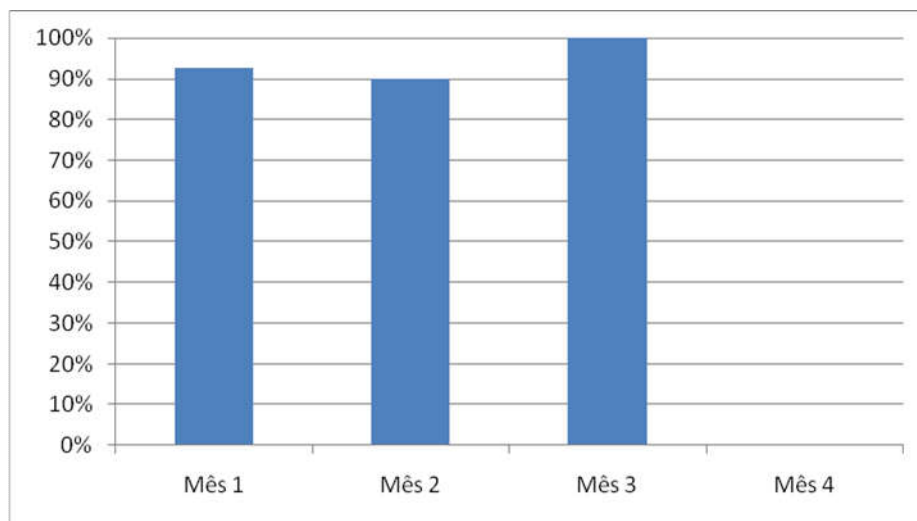


Figura 20. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.

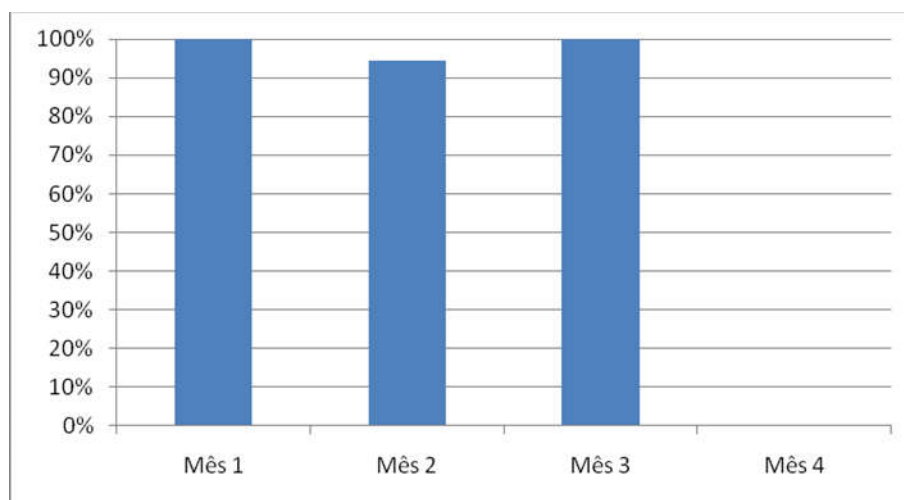


Figura 21. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.

**Meta 6.4:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

**Indicador 6.4:** Número de usuários hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês obtivemos 18 (45%) hipertensos com orientação sobre higiene bucal; no segundo, 46 (92%) e no terceiro, 60 (100%)(Figura 22). Entre diabéticos, 10 (66,7%) no primeiro mês, 17 (94,4%) no segundo e 22 (100%) no terceiro mês(Figura 23).



Contamos, para isso, com a parceria da nossa odontóloga que além de realizar os atendimentos, atuou em visitas domiciliares. Reservou inclusive um dia na semana só para atendimentos e orientações a Hipertensos, diabéticos e gestantes.

Em nossos atendimentos médicos e de enfermagem reiteramos esta ação, com auxílio da ficha espelho sempre à mão.

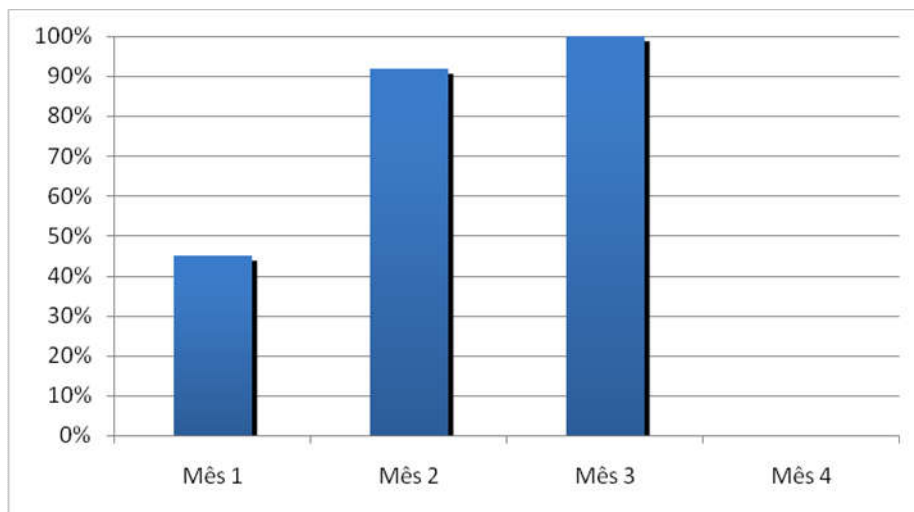


Figura 22. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.

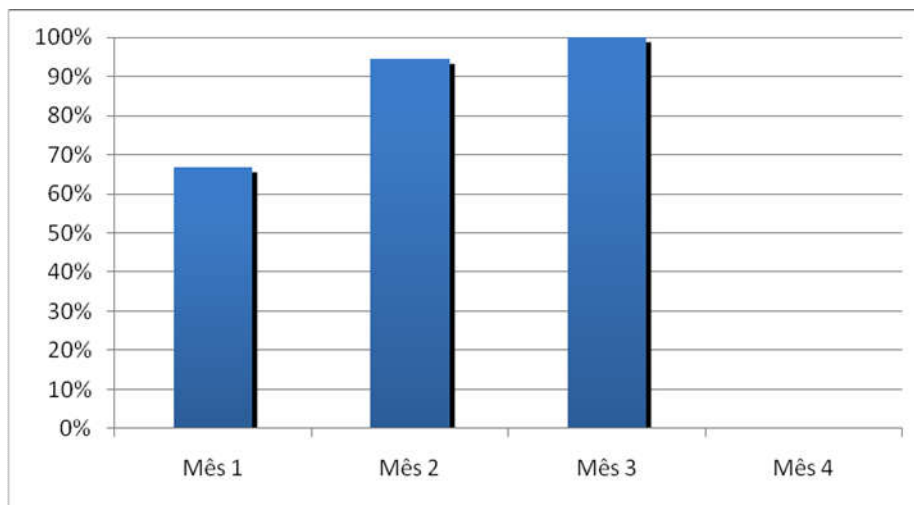


Figura 23. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal na UBS Maria Venusário – Lago do Limão.

## **4.2 Discussão**

A intervenção foi realizada em um período de 12 semanas na UBS Maria Venusário – Lago do Limão, sendo iniciada em 02.02.2015 e finalizada em 04.05.2015.

Através do desenvolvimento das ações prevista do projeto de intervenção foi possível implementar a Ação Programática Atenção aos Usuários com HAS e/ou DM. Além disso, houve uma ampliação da cobertura de atenção aos Hipertensos para 60 (30,3%) usuários acompanhados e 22 (44,9%) Diabéticos acompanhados.

Iniciamos o trabalho de monitoramento das ações através da melhoria dos registros, na capacitação da equipe para orientação dos usuários, na busca ativa de usuários faltosos e para o próprio processo de trabalho.

A intervenção também permitiu que melhorássemos, ainda que abaixo das expectativas, a realização de exames complementares e estratificação de risco cardiovascular destes usuários.

### **4.2.2 Importância da intervenção para a equipe:**

A intervenção nos impulsionou a realizar capacitações com a equipe afim de aperfeiçoar o serviço que já era realizado, como aferição da pressão arterial e da glicemia capilar e de outros que não eram sempre realizados como as medidas antropométricas, solicitações de exames com a frequência adequada e estratificação de risco cardiovascular.

A equipe recebeu ainda capacitações acerca da alimentação recomendada para hipertensos e diabéticos, cuidados com os pés e atividades físicas.

De modo geral houve uma sensibilização para a importância da atenção a este público alvo. Isto teve repercussão em outras ações como o Pré-natal que passou a contar também com a melhoria de seus registros e monitoramento.

A interação com a equipe foi bastante aperfeiçoada, as ações passaram a ser planejadas em conjunto, criamos um grupo para comunicação pelo celular onde fazemos comunicados, esclarecimento de dúvidas e outras necessidades na comunicação. Alguns documentos e conteúdos são facilmente digitalizados e colocados à disposição no grupo, a equipe demonstrou muita receptividade a esta mudança na interação, pois, antes ficavam excluídos deste processo.

#### **4.2.3 Importância da intervenção para o serviço:**

Modificamos a maneira como os atendimentos eram distribuídos, antes funcionavam como demanda espontânea todos os dias, não havia dias fixados para viabilizar as ações.

Com a intervenção pudemos concentrar os atendimentos de hipertensos e/ou diabéticos nas quartas-feiras no período da manhã e da tarde com o sistema de agendamento, sendo agendados dez usuários pela manhã e disponibilizados seis atendimentos à tarde quando houvesse fornecimento de alimentação para a equipe. O sistema de agendamento ainda está em fase de adaptação.

Outros membros como, por exemplo, a enfermeira e o técnico de enfermagem da equipe passaram a se envolver mais com os atendimentos e a atenção a estes usuários. Antes este serviço estava concentrado no médico. Até mesmo os recepcionistas e ACS passaram a entender melhor o seu papel na atenção a esses indivíduos.

#### **4.2.4: Importância da intervenção para a comunidade:**

Os usuários passaram a sentir-se mais “monitorados”, antes, quando procuravam atendimento apenas para renovar receitas ou quando algo estava errado, voltavam para suas casas e eram, de certa forma, esquecidos. Hoje compreendem que o acompanhamento é mais estreito e isso gera um maior comprometimento também deles em relação à própria saúde.

Alguns não gostaram da mudança porque antes precisavam apenas “pegar os remédios” ou mandar alguém buscar e agora precisam passar pelo atendimento. Outros não aceitam a “obrigatoriedade” de realizar tratamentos e exames se não estão visivelmente doentes.

Tivemos a participação ativa do vereador eleito pela comunidade, que nos ajudou solicitando alguns materiais necessários à intervenção junto à secretaria, um dos líderes da igreja Adventista também contribuiu com a divulgação da intervenção. A diretora da escola disponibilizou espaço para realizarmos a promoção de saúde, ação que foi desenvolvida pelo técnico em enfermagem de nossa equipe e diretor da UBS.

#### **4.2.5 O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento:**

Teria escolhido a Atenção aos usuários com HAS e/ou DM como foco da minha intervenção desde o início. Havia escolhido a Saúde da Criança, mas precisei mudar todo o projeto por falta de uma balança pediátrica. Não há esse material na UBS o que inviabiliza desenvolver uma intervenção, pois, o monitoramento do crescimento e desenvolvimento de uma criança são aspectos essenciais para uma assistência de qualidade. Além disso, com o intuito de tentar resolver esse problema foram enviados ofícios à Secretaria de Saúde solicitando a compra da balança pediátrica, o qual, não foi atendido. Por isso, com a espera da aquisição da balança pediátrica foi perdido muito tempo para o desenvolvimento da intervenção e então devido a falta desse instrumento, foi decidido mudar o foco da intervenção.

Penso também que poderia ter sido mais assertiva com a equipe, talvez um pouco mais dura para que ações como a promoção de saúde tivessem sido mais bem sucedidas.

Também concentrei muitas tarefas em mim, negligenciando um pouco o papel de outros membros da equipe. Eu poderia ter orientado a recepção de forma que os retornos fossem marcados para a enfermeira, mesmo que o usuário “exija” ver o médico, o que é muito constante, mas não pode ser sozinho um critério de acolhimento.

Poderia ter tentado parcerias com laboratórios particulares se soubesse que o acesso a exames laboratoriais seria tão insipiente.

#### **4.2.6: Viabilidade de incorporar sua intervenção à rotina do serviço/ que melhorias pretende fazer na ação programática:**

A intervenção será incorporado à rotina de nosso serviço, pois a própria equipe percebeu a maior facilidade de organização com os elementos trazidos pelo desenvolvimento da intervenção.

O uso das fichas espelho para preenchimento de documentos exigidos pela própria secretaria foi uma “descoberta” para elas, que antes não tinham esta ferramenta e simplesmente inventavam dados ou não os forneciam; o que gerava ansiedade e frustração.

O sistema de agendamento ainda está em fase de adaptação, mas já demonstra ser também uma facilidade para o serviço, uma vez que o/a recepcionista não precisa mais recusar atendimento, todos podem ser acolhidos, no entanto aqueles que podem esperar têm o seu atendimento garantido para o dia seguinte.

Verificamos que há necessidade de melhorias no sistema de busca ativa, pretendo melhorar também a promoção de saúde deste público alvo.

**4.2.7: Quais os próximos passos para melhorar a atenção a saúde no serviço:**

Pretendo modificar o processo de busca ativa, gerando uma espécie de recibo ou lista de assinaturas para que o usuário, quando avisado de seu atraso no acompanhamento, assine o “documento comprobatório”, o motivo disso é que a reclamação sobre a intervenção mais ouvida por mim nos atendimentos foi, sem dúvida, a ausência das visitas domiciliares das ACS.

Programamos também, para este mês, uma ação coletiva de promoção de saúde de hipertensão e diabetes no ginásio ao lado da UBS, ação que também ficou prejudicada na intervenção.

Na próxima oportunidade tentarei realizar, em parceria com a prefeitura, o rastreamento em todos os residentes da comunidade com mais de 18 anos, para detectar hipertensos assintomáticos com o objetivo de ampliar um pouco mais a nossa cobertura.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

A realização da Intervenção na Comunidade, proposto pela UFPEL em parceria com o Programa Mais Médicos para o Brasil foi muito enriquecedora para mim e acredito que para a equipe de saúde da família e para a comunidade para a qual nós fomos designados.

A intervenção foi realizada em um período de 12 semanas na Unidade Básica de Saúde Maria Venusário – Lago do Limão, sendo iniciada a partir do dia (02.02.2015) e finalizada no dia (04.05.2015).

Com a intervenção procuramos trazer uma visão mais moderna do processo de trabalho e do serviço de saúde para esta comunidade, em alguns aspectos encontramos práticas já defasadas nos serviço de saúde por parte dos profissionais, aparentemente como reflexo da precariedade de nossa formação em saúde coletiva e da falta de uma parceria mais estreita entre profissionais e gestores.

O que realizamos, de acordo com a nossa governabilidade, foi demonstrar que há formas mais fáceis de solucionar problemas; como exemplo tivemos a implementação do agendamento para um acolhimento mais igualitário e dos registros em Fichas Espelho e Livros Ata para o monitoramento da Ação. Com isso a equipe e a comunidade puderam perceber que é possível prestar e ter acesso a um serviço organizado e de melhor qualidade.

As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas foram: a Capacitação dos Profissionais da UBS com base nos protocolos do Ministério da Saúde, com vídeos, palestras e um treinamento sobre aferição da Pressão Arterial; o que representou uma evolução no processo de trabalho, pois passamos a nos reunir com uma frequência mensal, discutindo melhorias para o serviço.

A divulgação do programa e o contato com as instituições foram realizados em parceria com o diretor da UBS, que se ocupou da tarefa aproveitando ocasiões em que já estaria nas igrejas e escola da comunidade. Também afixamos um aviso na entrada e no interior da unidade para este fim. Em eventos paralelos como no mês da mulher também fizemos a divulgação do projeto para que as mulheres da comunidade levassem os seus parentes e amigos para o acompanhamento.

O Cadastramento de Hipertensos e Diabéticos da área foi efetivado durante todo o período da intervenção. Pelo fato da área ser fortemente turística, muitos não fazem acompanhamento na UBS e apenas passam o fim de semana na

Comunidade, então tivemos um número inferior ao estimado para a cobertura de Hipertensos e Diabéticos da área. Assim, ao final da intervenção foram cadastrados e acompanhados 60 (30,3%) usuários hipertensos e 22 (44,9%) diabéticos.

O Atendimento clínico dos Hipertensos e Diabéticos foi altamente facilitado pelo uso das fichas espelho; nenhum usuário cadastrado e atendido permaneceu sem avaliação, orientações e solicitações preconizadas pelo Ministério da Saúde; esse foi um dos pontos mais positivos do projeto em nossa opinião.

A Capacitação dos ACS e a realização da Busca ativa propriamente dita foram desenvolvidas com relativa facilidade, através das cartas de convocação que desenvolvemos. O uso das fichas espelho foi fundamental para o monitoramento e conseqüentemente para a busca ativa, pois as datas dos atendimentos de cada usuário estavam sempre à mão para averiguar os atrasos no acompanhamento.

Também conseguimos realizar reunião com a equipe para avaliar a intervenção por duas oportunidades. Após a mudança de direção da UBS, passamos a ter mais facilidade para organizar reuniões e o próprio processo de trabalho.

As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas foram as que excediam a nossa governabilidade.

A Garantia do material necessário para os atendimentos não foi totalmente alcançada em tempo hábil, com exceção da balança antropométrica que a secretaria forneceu durante o processo.

Também enviamos ofícios solicitando o fornecimento de exames laboratoriais no município, previstos no protocolo, necessários para a avaliação e classificação de risco cardiovascular dos usuários. Solicitamos, também através de ofício, os medicamentos para cessação do tabagismo para três usuários.

Ao final da intervenção observei que vários aspectos já foram incorporados à rotina da UBS e outros ainda levarão algum tempo. O sistema de agendamento ainda encontra resistência, pois os usuários não comparecem na data marcada. Ainda funcionamos majoritariamente por demanda espontânea, na prática. Tenho insistido com a equipe que no início é assim, depois se torna um hábito.

O Atendimento previsto na intervenção é perfeitamente viável e seguramente continuará a ser executado pela praticidade que ele oferece ao clínico e ao enfermeiro, principalmente com as fichas espelho ajudando no monitoramento e na completude do atendimento.

Ainda há muito que ser feito para a melhoria da saúde desta comunidade, entretanto, com esta intervenção, os nossos horizontes se abriram para as possibilidades de mudança e para a quebra de paradigmas. Vimos que pequenas mudanças e uma dose de boa vontade podem fazer grande diferença. Contudo, com o apoio da Gestão incentivando a equipe e fornecendo os insumos necessários para o desenvolvimento das ações previstas, os resultados alcançados serão melhores e a população estará bem assistida.



## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

A realização da Intervenção na Comunidade, proposto pela UFPEL em parceria com o Programa Mais Médicos para o Brasil foi muito enriquecedora para mim e acredito que para a equipe de saúde da família e para a comunidade onde trabalhamos.

A intervenção foi realizada em um período de 12 semanas na Unidade Básica de Saúde Maria Venusário – Lago do Limão, sendo iniciada a partir do dia (02.02.2015) e finalizada no dia (04.05.2015).

Nosso objetivo era trazer mudanças no serviço de saúde desta comunidade, observamos que algumas coisas precisavam ser modificadas: na atuação dos profissionais, na organização da unidade e no acolhimento dos usuários. Nosso enfoque foi a saúde dos Hipertensos e Diabéticos, pois verificamos que este grupo estava mais desassistido.

O que realizamos, de acordo com as nossas possibilidades, foi demonstrar que há formas mais fáceis de solucionar problemas; como exemplo tivemos uso do agendamento para um acolhimento mais igualitário melhoramos os registros de nossas ações e passamos a fazer o monitoramento dos usuários.

Verificamos que, de modo geral, houve uma boa aceitação da população às mudanças realizadas em nossa unidade de saúde, porém tivemos uma baixa procura dos hipertensos e diabéticos nos dias marcados para o desenvolvimento das ações voltadas para estes usuários. Alguns não compareciam na data que foi agendada e não conseguíamos reuni-los para realização de palestras educativas, por exemplo.

As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas foram: a Capacitação dos Profissionais da UBS com base nos protocolos do Ministério da Saúde, com vídeos, palestras e um treinamento sobre aferição da Pressão Arterial; passamos a nos reunir com uma frequência mensal, discutindo melhorias para o serviço.

A divulgação do programa e o contato com as instituições foram realizados em parceria com o diretor da UBS, que aproveitou ocasiões em que estaria nas igrejas e na escola da comunidade. Também deixamos um aviso na entrada e no interior da unidade para esta divulgação. Em eventos paralelos como no mês da mulher também fizemos a promoção do projeto para que as mulheres da comunidade levassem os seus parentes e amigos para o acompanhamento.

O Atendimento clínico dos Hipertensos e Diabéticos foi facilitado pelo uso das fichas espelho; nenhum usuário cadastrado no projeto e atendido permaneceu sem avaliação completa da médica e da enfermeira em consultório, orientações e solicitações do Ministério da Saúde; esse foi um dos pontos mais positivos do projeto em nossa opinião.

Também temos um dia somente para atender os Hipertensos e Diabéticos, com uma forte parceria com a profissional Dentista, que recebe estes usuários para avaliação na mesma hora.

A Capacitação dos ACS e a realização da Busca Ativa propriamente dita foram feitas através das cartas de convocação que enviávamos para os Hipertensos e Diabéticos que faltavam às consultas e que estavam em atraso no seu acompanhamento.

Terminando a intervenção observei que vários aspectos já foram incorporados à rotina da UBS e outros ainda levarão algum tempo. O sistema de agendamento ainda funciona com dificuldade, pois os usuários não comparecem na data marcada. Tenho insistido com a equipe que no início é assim, depois o agendamento se torna um hábito.

O sistema de agendamento traz muitos benefícios para os usuários, pois permite que todos sejam acolhidos de forma igualitária, respeitando as prioridades e os riscos de cada um; evita as filas e as injustiças, pois aqueles que não conseguem atendimento no mesmo dia, dependendo da urgência, podem garantir a sua vaga para o dia seguinte ou se mais tardar, na mesma semana.

É importante que a comunidade continue procurando e recebendo informações sobre o programa para que o cadastro destes usuários seja ampliado e consigamos uma cobertura próxima de 100% em nossa área de abrangência.

Também é necessário que todos os adultos e idosos, (acima de 18 anos) procurem a UBS para medir sua pressão arterial, pois muitas pessoas têm a doença (Hipertensão) e ainda não sabem. Aqueles que têm familiares com Diabetes ou que têm a pressão arterial alterada também devem fazer o teste da glicemia.

Ainda há muito que ser feito para a melhoria da saúde da comunidade, principalmente na estrutura, oferta de medicamentos e humanização no atendimento, desde a recepção até o consultório; entretanto, com esta pequena intervenção, nos abrimos para as possibilidades de mudança e começamos a deixar de lado as idéias ultrapassadas.

Deixamos aqui a certeza de que nossas portas e mentes estarão abertas a novas idéias, opiniões e críticas; sempre com o intuito de melhorar a saúde e o bem estar de nossa comunidade.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

O desenvolvimento deste trabalho e o curso, de modo geral, foi um grande desafio para mim, particularmente na preparação das tarefas e do trabalho de conclusão, pois apesar de gostar de ler, nunca tive prazer ou hábito de escrever. O curso de medicina, em minha opinião, forma grandes técnicos do corpo humano, mas com uma grande limitação do pensamento crítico e da habilidade linguística.

Comentei com minha orientadora que ela estava colocando uma tartaruga para fazer corrida, em alguns momentos não tinha nenhuma motivação e até abandonei as tarefas. Aprendi a adestrar as minhas indignações com o trabalho dos outros (da secretaria, da prefeitura...) e a focar no meu próprio serviço, de maneira independente e ao mesmo tempo cooperativa.

Adquiri, do ponto de vista acadêmico, solidez nos principais temas vistos na APS, que foram abordados nos exercícios e nos estudos de prática clínica. Fiz um apinhado destes exercícios e passei a utilizá-los como material de consulta rápida.

Acredito que desenvolvi uma visão mais coletivista na abordagem clínica, automaticamente já planejo algum tipo de “monitoramento e cobertura” para todo agravo que encontro, até mesmo fora do meu local de trabalho. É como se eu estivesse mais “controladora”, no bom sentido.

Na prática profissional, houve um estreitamento da relação com a equipe e com os usuários, que não haveria sem o comprometimento que o curso me exigiu. Eu não teria mudado por conta própria, por exemplo, a rotina de não realização da busca ativa, do agendamento ou requisição de exames de maneira enfática e sistemática; eu seria apenas mais uma médica que passou por ali e que atendia a demanda como todos os outros.

Com toda certeza as minhas expectativas foram superadas, pois o fato de ser um curso do sistema de EAD despertou um preconceito inicial; achava que a minha natureza acomodada (confesso) teria vazão, o que não ocorreu. Eu não imaginava que receberia um aprimoramento real em minha formação, mas que seria apenas um “curso que precisava ser feito”.

A plataforma do curso, de modo geral, ofereceu facilidades para o aprendizado, principalmente em relação aos exercícios, entretanto, para quem trabalha com sistemas operacionais e internet mais lentos, como no meu caso, o processo de

clicar em vários *links* até chegar onde se quer (acesso ao *moodle*, turma, subturma, unidade, diálogo..), dificulta um pouco o processo.

Observei que o formato dos fóruns também prejudicou a interação, pois as postagens se perdiam um pouco ao acumularem-se por semanas e meses, sem estarem setorizadas. Já “frequentei” outros fóruns na internet e havia mais organização neste sentido. Não havia, nos fóruns do curso, muita facilidade em encontrar uma postagem respondendo a alguma pergunta minha ou mesmo se referindo diretamente a mim para que eu respondesse, os assuntos ficavam um pouco “no ar”, em minha opinião. No entanto o trabalho dos orientadores nestes debates e nos diálogos individuais foi impecável.

Tenho comentado com amigos que o aproveitamento do EAD deste curso, para mim foi muito superior ao de outra especialização que fiz no mesmo período, em Perícias Médicas, que era presencial. Os exercícios, testes de qualificação cognitiva, estudos de prática clínica e demais atividades formataram um método rigoroso e eficaz de aprendizagem e avaliação. Pude conhecer melhor as minhas próprias limitações e revisar os temas nos quais não tive sucesso nos testes.

Ao final do curso tenho absoluta certeza de que a minha orientadora perceberia imediatamente se eu houvesse aproveitado a aparente impessoalidade para trapacear enviando tarefas e trabalhos executados por outra pessoa. No início do curso, também pensava neste “viés”, duvidando um pouco do método. Percebi que houve mais impessoalidade na minha especialização presencial.

A maneira que os usuários responderam a esta intervenção me ensinou a importância de um atendimento organizado e de qualidade, o que não ficou limitado a apenas uma ação programática, mas para todos os atendimentos, percebi que apesar de não entenderem todos os processos e mudanças, eles correspondem ao rigor e critério empregado com auxílio dos protocolos, valorizando cada atendimento e consequentemente o seu próprio bem estar.

Posso dizer que adquiri, neste breve tempo, um pouco da coragem que é necessária para iniciar um texto, para fazer uma palestra, uma reunião indesejada por alguns, uma solicitação formal a um gestor, até mesmo para “forçar” algumas mudanças de pensamento e de paradigmas, para escrever um trabalho como este que nunca havia escrito, sabendo que as palavras acabam fluindo mesmo de uma “cabeça vazia” e cansada, embaladas pela força de vontade.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BONDS, D. E. et al. A multifaceted intervention to improve blood pressure control: The Guideline Adherence for Heart Health (GLAD) study. **American Heart Journal**, Saint Louis, v. 157, n. 2, p. 278-284, feb. 2009.

CAMPBELL. Norman R. C. et al. Temporal trends in antihypertensive drug prescriptions in Canada before and after introduction of the Canadian Hypertension Education Program. **J. Hypertension**, USA, v. 21, n. 8, p. 1591-1597, aug. 2003.

DROUIN, Dennis M. D. Implementation of recommendations on hypertension: The Canadian Hypertension Education Program. **Canadian Journal of Cardiology**, Ontario, Canada, v. 22, n. 7, p.595-599, may, 2006.

ONYSKO, Jay et al. Large Increase in Hypertension Diagnosis and Treatment in Canada after a healthcare profesional education program. **Hypertension**, USA, v. 48, n. 5, p. 853-860, set. 2006.

## **Anexos**



**Especialização em  
Saúde da Família**

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS  
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não  
 Nome do cuidador \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não      Tem DM? ( ) Sim ( ) Não      Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não      Está cadastrado no HIPERDIA? ( ) Sim ( ) Não  
 Há quanto tempo tem: HAS? \_\_\_\_\_ DM? \_\_\_\_\_ HAS e DM? \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ cm      Perímetro Braquial: \_\_\_\_\_ cm

[illegible][illegible]



## Anexo B- Planilha de coleta de dados

INDICADORES

		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.1	<b>Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde</b>	20,2%	25,3%	30,3%	0,0%
	Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS	40	50	60	0
	Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residente na área de abrangência da unidade de saúde	198	198	198	198

Mês	Cobertura (%)
Mês 1	20.2%
Mês 2	25.3%
Mês 3	30.3%
Mês 4	0.0%

		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.2	<b>Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde</b>	30,6%	36,7%	44,9%	0,0%
	Numerador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	15	18	22	0
	Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de	49	49	49	49

		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.1	<b>Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo</b>	27,5%	94,0%	96,7%	#DIV/0!
	Numerador: número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	11	47	58	0
	Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS	40	50	60	0

Mês	Proporção (%)
Mês 1	27.5%
Mês 2	94.0%
Mês 3	96.7%
Mês 4	0.0%

		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.2	<b>Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo</b>	26,7%	94,4%	100,0%	#DIV/0!
	Numerador: número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	4	17	22	0
	Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	15	18	22	0

		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.3	<b>Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo</b>	5,0%	18,0%	23,3%	#DIV/0!
	Numerador: número de hipertensos com exames complementares periódicos em dia	2	9	14	0
	Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS	40	50	60	0

Mês	Proporção (%)
Mês 1	5.0%
Mês 2	18.0%
Mês 3	23.3%
Mês 4	0.0%

		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.4	<b>Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo</b>	0,0%	11,1%	18,2%	#DIV/0!
	Numerador: número de diabéticos com exames complementares periódicos em dia	0	2	4	0
	Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	15	18	22	0

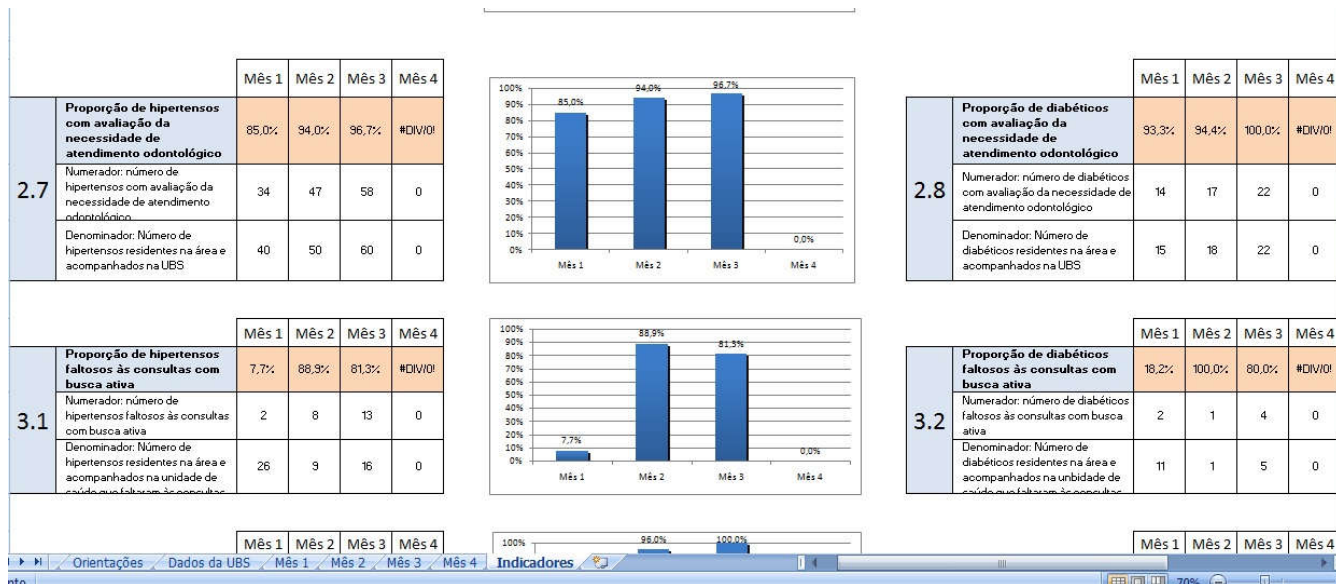
		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.5	<b>Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.</b>	90,0%	90,4%	93,3%	#DIV/0!
	Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.	36	47	56	0
	Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.	40	52	60	0

Mês	Proporção (%)
Mês 1	90.0%
Mês 2	90.4%
Mês 3	93.3%
Mês 4	0.0%

		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.6	<b>Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.</b>	93,3%	88,9%	90,9%	#DIV/0!
	Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.	14	16	20	0
	Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.	15	18	22	0

Indicadores

Indicadores



Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1											
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista da Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
	1										
	2										
	3										
	4										
	5										
	6										
	7										
	8										
	9										
	10										
	11										
	12										
	13										
	14										
	15										

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

**Anexo C- Documento do Comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patrícia Abrantes Duval*  
Patrícia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL